



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MEME CERRAHİSİ GEÇİRMİŞ KADINLARIN
RUHSAL DURUMLARI VE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİ İLE İLGİLİ BİR ÇALIŞMA**

**MELTEM YILDIRIM
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. MAKBULE BATMAZ**

İSTANBUL – 2008

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

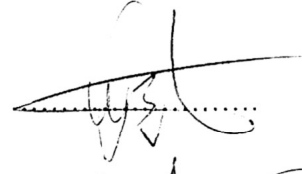
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Meltem YILDIRIM tarafından hazırlanan "*Meme Cerrahisi Geçirmiş Kadınların Ruhsal Durumları ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle İlgili Bir Çalışma*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 27.06.2008

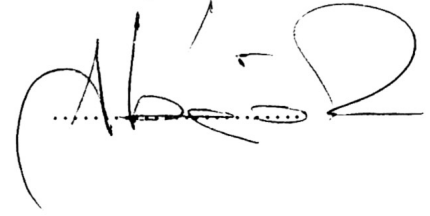
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi :Prof.Dr. Adnan İŞGÖR
:Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



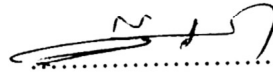
Jüri Üyesi : Prof.Dr. Birsen YÜRÜGEN
: Haliç Üniversitesi/Sağ. Bil. YO



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniversitesi/Sağ. Bil. YO



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr. İkbal ÇAVDAR
: İst. Üniversitesi/Florance Nig. Hemş. YO



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



I. TEŞEKKÜR

Çalışmalarım süresince benden yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Yard. Doç. Dr. Makbule Batmaz'a, bu projenin temelleri atılırken değerli fikirleriyle projeye ışık tutan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Necmiye Sabuncu'ya, ihtiyacım olan her anda yardımını esirgemeyen sayın hocam Fatma Özhan'a, sorularımı her zaman içtenlikle cevaplayan sevgili hocam Nesrin İlhan'a, her zaman yanımda olduklarını bana hissettiren canım dostlarım Özge Sukut, Songül Yılmaz ve Derya Akgün'e ve sevgili aileme yürekten teşekkür ederim.

Meltem Yıldırım

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR	V
IV. ŞEMA LİSTESİ	VI
V. TABLO LİSTESİ	VII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4. 1. Memenin Anatomisi, Fizyolojisi ve Gelişimi	7
4. 2. Memenin Muayenesi	9
4. 2. 1. İnceleme	9
4. 2. 2. Palpasyon	10
4. 2. 3. Kendi Kendine Meme Muayenesi	10
4. 3. Meme Lezyonlarında Tanı Yöntemleri	13
4. 3. 1. Mamografi	13
4. 3. 2. Ultrasonografi	13
4. 3. 3. Renkli Doppler Sonografi	13
4. 3. 4. Magnetik Rezonans Mamografi	14
4. 3. 5. Biyopsi	14
4. 3. 5. 1. İğne Aspirasyon Biyopsisi	14
4. 3. 5. 2. Core Biyopsi	14
4. 3. 5. 3. Eksizyonel Biyopsi	15
4. 3. 5. 4. İnsizyonel Biyopsi	15
4. 4. Meme Kanseri	15
4. 4. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	16
4. 4. 2. Koruma – Kemoprevansiyon	19
4. 4. 3. Tanılama	20
4. 4. 4. Evreleme	23
4. 4. 5. Prognoz	25
4. 4. 5. 1. Tümör Çapı	26
4. 4. 5. 2. Koltukaltı Lenf Nodu Tutulumu	26
4. 4. 5. 3. Histolojik Tümör Tipi	26

4. 4. 6. Meme Kanserinin Sınıflandırılması	27
4. 4. 6. 1. Non – İnvaziv Kanserler (İn Situ Kanserler)	27
4. 4. 6. 2. İnvaziv Kanserler	28
4. 4. 7. Meme Kanserinin Tedavisi	28
4. 4. 7. 1. Lokal Tedavi	28
4. 4. 7. 1. 1. Cerrahi Tedavi	28
4. 4. 7. 1. 1. 1. Meme Koruyucu Tedavi	29
4. 4. 7. 1. 1. 2. Mastektomi	30
4. 4. 7. 1. 1. 3. Meme Cerrahisi Komplikasyonları	31
4. 4. 7. 1. 1. 4. Meme Cerrahisinde Hemşirelik Yaklaşımları	32
4. 4. 7. 1. 1. 5. Meme Cerrahisinden Sonra Hasta Eğitimi	36
4. 4. 7. 1. 2. Rekonstruksiyon	38
4. 4. 7. 1. 3. Radyoterapi	39
4. 4. 7. 2. Sistemik Tedavi	41
4. 4. 7. 2. 1. Kemoterapi	41
4. 4. 7. 2. 2. Hormonal Tedavi	43
4. 4. 7. 2. 3. Kemik İliği Transplantasyonu	43
4. 4. 7. 3. Gen Tedavisi	44
4. 4. 8. Meme Kanserinin Psikososyal Boyutu ve Hemşirelik	44
4. 4. 8. 1. Kanser ve Ruhsal Durum	45
4. 4. 8. 2. Kanser ve Sosyal Destek	46
5. GEREÇ VE YÖNTEM	48
5. 1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	48
5. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	48
5. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	48
5. 3. 1. Örneklem Seçim Kriterleri	48
5. 4. Verilerin Toplama Araçları	48
5. 5. Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik ve Güvenilirliği	52
5. 6. Verilerin Değerlendirilmesi	53
5. 7. Araştırmanın Etik Yönü	54
5. 8. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
5. 9. Araştırmanın Varsayımları	54
6. BULGULAR	56
6. 1. Hastaların Sosyo – Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	57
6. 2. Kısa Semptom Envanteri'ne İlişkin Karşılaştırmalar	62
6. 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne İlişkin Karşılaştırmalar	108

6. 4. Veri Toplama Araçlarının Korelasyonu	117
7. TARTIŞMA	120
7. 1. Hastaların Sosyo – Demografik Özelliklerinin Tartışılması	120
7. 2. Hastaların Meme Kanserinin Risk Faktörlerine İlişkin Durumlarının Tartışılması	121
7. 3. Hastaların Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Durumunun Tartışılması	122
7. 4. Hastaların Medikal ve Cerrahi Tedaviye İlişkin Durumlarının Tartışılması.....	123
7. 5. Hastaların Cerrahi Girişim Sonrasına İlişkin Yaşam Özelliklerinin Tartışılması	127
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	131
9. EKLER	137
9. 1. İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Araştırma İzni	138
9. 2. Sosyo – Demografik Bilgi Toplama Formu	139
9. 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	140
9. 4. Kısa Semptom Envanteri	141
10. KAYNAKLAR	143
11. ÖZGEÇMİŞ	149

III. KISALTMALAR

TM: Total Mastektomi

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

KSE: Kısa Semptom Envanteri

LCIS: İn Situ Lobüler Kanser (*Lobuler Cancer In Situ*)

DCIS: İn Situ Duktal Kanser (*Ductal Cancer In Situ*)

IV. ŞEMA LİSTESİ

Şema 1 – Hastaların Meme Kliniğine Başvurduğu Semptomlar ve Sıklıkları	21
Şema 2 – Meme Hastalıklarında Semptomlar ve Klinik Anlamları	21
Şema 3 – TNM Evreleme Sistemi	24
Şema 4 – TNM Sisteminde Numaralandırma Karşılıkları	25
Şema 5 – Meme Kanserlerinin Histopatolojik Sınıflaması	27
Şema 6 – Meme Koruyucu Cerrahi İçin Hasta Uygunluk Kriterleri	29
Şema 7 – Mastektomi Endikasyonları	30
Şema 8 – Mastektomi Sonrası Egzersizler	35

V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1 – Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik Güvenilirlik Katsayıları	53
Tablo 2 – Hastaların Sosyo – Demografik Özelliklerinin Dağılımı	57
Tablo 3 – Hastaların Yaş Ortalamasının Dağılımı	58
Tablo 4 – Hastaların Meme Kanserinin Risk Faktörlerine Yönelik Bulgularının Dağılımı	58
Tablo 5 – Hastaların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi ve Tutumunun Dağılımı	59
Tablo 6 – Hastaların Cerrahi Girişim ile İlgili Bulgularının Dağılımı	59
Tablo 7 – Hastaların Tedaviye İlişkin Bulgularının Dağılımı	60
Tablo 8 – Hastalarda Cerrahi Müdahalenin Hastanın Yaşantısına Etkisinin Dağılımı ..	61
Tablo 9– Yaş ile KSE Alt Boyutlarının ile İlişkisi	62
Tablo 10 – Medeni Durum ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	63
Tablo 11 – Çocuk Sahibi Olma ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	64
Tablo 12 – Çocuk Sayısı ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	65
Tablo 13 – Eğitim Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	66
Tablo 14 – Eşin Eğitim Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	67
Tablo 15 – Gelir Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	68
Tablo 16 – Meme Cerrahisi Geçirilen Yaş ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	69
Tablo 17 – İstanbul Yaşıyor Olma ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	70
Tablo 18 – İstanbul Dışında Yaşıyor Olma ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	71
Tablo 19 – Sigara Kullanımının KSE Alt Boyutları ile İlişkisi	72
Tablo 20 – Oral Kontraseptif Kullanımının KSE Alt Boyutları ile İlişkisi	73

Tablo 21 – Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Alımının KSE Alt Boyutları ile İlişkisi..	74
Tablo 22 – Menopoza Girip Girmemenin KSE Alt Boyutları ile İlişkisi	75
Tablo 23 – Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olup Olmayışının KSE Alt Boyutları ile İlişkisi	76
Tablo 24 – Annede Meme Kanseri Olması ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	77
Tablo 25 – Halada Meme Kanseri Olması ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	78
Tablo 26 – Hastalanmadan Önce Hastalık Hakkında Bilgilenme Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	79
Tablo 27 – Hastalık Hakkında Hemşireden Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	80
Tablo 28 – Hastalık Hakkında Doktordan Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	81
Tablo 29 – Hastalık Hakkında Televizyondan Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	82
Tablo 30 – Hastalık Hakkında Akraba/Arkadaştan Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	83
Tablo 31 – Hastalık Hakkında İnternette Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	84
Tablo 32 – Hastalık Hakkında Gazete/Dergi'den Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	85
Tablo 33 – Yapılan Operasyonun Türü ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	86
Tablo 34 – Hastaların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Yapma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	87
Tablo 35 – Kemoterapi Alıp Almama Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	88
Tablo 36 – Kemoterapi Alırken Alopesi Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	89
Tablo 37 – Kemoterapi Alırken Bulantı Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	90

Tablo 38 – Kemoterapi Alırken Kusma Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	91
Tablo 39 – Kemoterapi Alırken İştahsızlık Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi ..	92
Tablo 40 – Kemoterapi Alırken Halsizlik Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi ...	93
Tablo 41 – Kemoterapi Alırken Ağız Yarası Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	94
Tablo 42 – Radyoterapi Alıp Almama Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	95
Tablo 43 – Radyoterapi Alırken Yanma Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	96
Tablo 44 – Radyoterapi Alırken Bulantı Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	97
Tablo 45 – Radyoterapi Alırken Kusma Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	98
Tablo 46 – Radyoterapi Alırken İştahsızlık Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi .	99
Tablo 47 – Radyoterapi Alırken Halsizlik Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi ...	100
Tablo 48 – Radyoterapi Alırken Ağrı Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	101
Tablo 49 – Ameliyattan Sonra Giyim Tarzında Değişiklik Olması ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	102
Tablo 50 – Göğüsün Estetik Görünümü İçin Bir Uygulamada Bulunma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	103
Tablo 51 – Ameliyat Sonrası Estetik Görünüm İçin Tercih Edilen Yollar ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	104
Tablo 52 – Ameliyat Sonrası Eşin Sevgisindeki Değişiklik Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	105
Tablo 53 – Ameliyat Sonrası Cinsel Hayatta Değişiklik Olup Olmaması ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	106
Tablo 54 – Ameliyat Sonrası Cinsel Hayatta Olan Değişikliğin Yönü ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi	107
Tablo 55 – Hastaların ve Eşlerinin Eğitim Durumu ile Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	108

Tablo 56 – Hastaların Medeni Durumları ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	109
Tablo 57 – Hastaların Ameliyat Sonrası Eşinin Sevgisinde Değişiklik Olduğunu Düşünme Durumu ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	109
Tablo 58 – Hastaların Estetik Görünüm İçin Bir Uygulamada Bulunup Bulunmamaları, Giyim Tarzında Değişiklik Yapıp Yapmamaları ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	110
Tablo 59 – Hastaların Estetik Görünüm İçin Tercih Ettikleri Yöntem ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	110
Tablo 60 – Hastaların Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü Olup Olmaması, Annesinde Meme Kanseri Olması, Halasında Meme Kanseri Olması ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	111
Tablo 61 – Hastaların Hastalanmadan Önce Hastalıkla İlgili Bilgi Sahibi Olup Olmaması, Televizyondan Bilgi Alması ve Hemşireden Bilgi Alması ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	112
Tablo 62 – Yapılan Operasyonun Türü ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	113
Tablo 63 – Hastaların Kemoterapi ve Radyoterapi Alıp Almamaları ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	113
Tablo 64 – Kemoterapi Alan Hastalarda En Sık Gözlenen Yan Etkiler ile Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	114
Tablo 65 – Radyoterapi Alan Hastalarda En Sık Gözlenen Yan Etkiler ile Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	116
Tablo 66 – Hastaların Cinsel Hayatında Değişiklik Olup Olmaması ve Değişiklik Yaşayanların Ne Yönde Değişiklik Yaşadığı ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi	117
Tablo 67 – Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri'nin Korelasyonu	118

1. ÖZET

Meme Cerrahisi Geçirmiş Kadınların Ruhsal Durumları ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile İlgili Bir Çalışma

Bu çalışma, meme cerrahisi geçirmiş kadınların ruhsal durumlarının ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlandı.

Araştırma kapsamına İstanbul ili içerisindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin onkoloji birimine başvuran meme cerrahisi geçirmiş 100 hasta alındı.

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo- Demografik Bilgi Toplama Formu, Kısa Semptom Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Yüzdellik Testi, Kruskall Wallis Testi, Mann Whitney U Testi ve Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Genç hastaların (30 yaş ve altı) ruhsal durumlarının meme cerrahisinden daha fazla etkilendiği, ameliyattan sonra ruhsal durumu olumsuz yönde etkilenen kadınların cinsel hayatında değişiklikler yaşadığı saptandı ($p<0,05$).

Kemoterapi ve radyoterapide görülen yan etkilerin; hastaların ruhsal durumlarındaki ve algıladıkları sosyal destek düzeylerindeki değişikliklerle ilişkili olduğu görüldü ($p<0,05$).

Halasında meme kanseri olan hastaların ailelerinden daha fazla sosyal destek aldığı, hastalanmadan önce bir hemşire tarafından meme kanseriyle ilgili bilgilendirilmenin algılanan sosyal destek düzeyini yükselttiği bulundu ($p<0,05$).

Meme cerrahisinden sonra ruhsal durumu olumsuz yönde etkilenen hastaların giyim tarzında değişiklik yaptığı ve ameliyattan sonra dış görünüşü üzerindeki etkilerini azaltmak için sutyeninine içine sünger doldurduğu, aile desteği yüksek olan hastaların ise silikon protez kullanmayı tercih ettiği görüldü ($p<0,05$).

Total mastektomi ile meme koruyucu cerrahi yapılan hastalar arasında ruhsal durum ve algılanan sosyal destek yönünden anlamlı bir fark görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, ruhsal durum, algılanan sosyal destek, mastektomi, meme koruyucu cerrahi.

2. SUMMARY

A Study of the Psychological Status and the Perceived Social Support of Women Who Have Undergone Breast Surgery

This study was planned descriptively and analytically to determine the psychological status and the perceived social support of patients who have undergone breast surgery.

The sample includes 100 patients who have undergone breast surgery and consulted by the oncology unit of one education and research hospital in Istanbul.

The data was collected by the Socio–Demographic Information Form which is prepared by the researcher, Brief Symptom Inventory and Perceived Social Support Scale and evaluated statistically by frequency test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test and Spearman’s Correlations Analyses. The results evaluated between 95% reliability interval with $p < 0,05$ significancy level.

The psychological status of young patients (30 years old and younger) is highly affected from the surgery and the women who psychologically affected from the surgery are experienced changes in their sexual life ($p < 0,05$).

The side effects of chemotherapy and radiation therapy are associated with the changes of the patients’ psychological status and their perceived social support ($p < 0,05$).

The patients who have breast cancer history in their paternal aunts perceive more family support, and is being informed by a nurse before the diagnosis of the cancer is increase the perceived social support ($p < 0,05$).

The patients who psychologically affected from the surgery make changes in their clothing and fill their bras with sponge to decrease the effects of the surgery on their appearance. The patients who have high family support are prefer to use silicone breast prosthesis ($p < 0,05$).

It was found that there is no difference between total mastectomy and breast conserving surgery in terms of psychological status and social support.

Keywords: Breast cancer, psychological status, perceived social support, mastectomy, breast conserving surgery.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde, kadınlarda görülen en ölümcül hastalıklarının başında gelen meme kanserinin tanısı ve tedavisi, fiziksel etkilerinin yanı sıra psikolojik etkilere de sebep olmaktadır. Tedavi sürecinin zorlayıcı olması, uzun sürmesi ve maddi imkanları zorlaması, diğer doku ve organlara yayılarak organ kaybına neden olabilmesi ve hatta yaşamı tehdit etmesi sebebiyle kanser; hasta ve ailesinin psikososyal durumunu olumsuz etkilemektedir (2, 23, 29).

Kanser türleri içerisinde meme kanseri; dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı önemli bir tehdittir ve bir kadının beden imajında önemli bir rol oynayan "meme"nin tedavi amacıyla kaybedilmesine neden olabilmektedir. Böyle bir kayıp hastanın yaşam kalitesinin azalmasına ve önemli ruhsal problemlerin oluşumuna neden olmaktadır (22, 29, 30).

Kanser tanısı almış bir hastanın ruhsal durumundaki değişiklikler hastanın kişilik yapısı, kanserli organına verdiği değer, aile düzeni, mesleki ve maddi durumu gibi faktörlere bağlıdır (2).

Kanser tanısı alan bir kişinin ruh sağlığındaki bozulma, hasta organına verdiği değer ile doğru orantılıdır. Örneğin memesinin kadınlığını ifade ettiğine inanan bir kadının meme kanserine olan tepkisi o oranda ağır olmaktadır (2).

Meme cerrahisi dolayısıyla; özellikle total mastektomi yapılan kadınlarda beden imajı zedelendiğinden kadında depresyon, anksiyete, öfke gibi duygular ortaya çıkabilmekte ve bu duygular yakın ilişki ve evliliklerde bozulmalara sebep olabilmektedir. Anksiyete ve depresyon kanser hastalarında görülen ruhsal bozuklukların üçte ikisini oluşturmaktadır. Depresyonun yanı sıra kadınlar, minör duygulanım bozuklukları da yaşamaktadırlar ve total mastektomide yaşanan bu ruhsal sorunlar ameliyattan sonra yaklaşık bir yıl kadar devam etmektedir (30, 40, 47).

Total mastektominin yarattığı psikolojik travmaları en aza indirmek için meme koruyucu cerrahi de tercih edilen bir yöntem olmuştur fakat yapılan birçok çalışmada meme koruyucu cerrahi ile total mastektominin psikolojik etkileri arasında belirgin bir fark bulunamamıştır (2, 13, 14, 15, 27, 33, 36, 41).

Total mastektomi sonrası beden imajındaki değişiklik her hastada aynı psikolojik yanıtı vermese de hastanın ruhsal durumunun etkileneceği göz önünde bulundurularak meme rekonstruksiyonu hakkında hastanın bilgilendirilmesi de hastanın beden imajından kaynaklanan ruhsal problemlerin çözülmesine yardımcı olacaktır (33).

Meme cerrahisi sonrasında ruhsal durumdaki bozulmaları en aza indirmek için ameliyat öncesinde hastanın ve hasta yakınlarının endişeleri giderilmeli, soru sormalarına izin verilmeli ve soruları titizlikle cevaplanmalıdır. Bu dönemde hastanın ve yakınlarının rahatlatılması ameliyat sonrası dönemde hastayı bekleyen olası ruhsal bozuklukların ortaya çıkma riskini azaltacak ve hasta yakınlarının hastaya vereceği sosyal desteğin kalitesini yükseltecektir (2, 30).

Meme cerrahisi sonrası hastanın ruhsal durumunun değerlendirilmesi ve çevresinden aldığı sosyal desteğin etkinliği, hastanın ameliyat sonrası dönemdeki ruhsal sıkıntılarını en aza indirmede büyük bir öneme sahiptir (2, 29). Bu araştırma, yukarıda yer alan bilgiler ışığında; meme cerrahisi geçirmiş kadınların ruhsal durumlarının ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Böylece; konsültasyon liyezon psikiyatrisi, onkoloji ve genel cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin meme kanseri tanısı almış ve meme cerrahisi geçirecek olan veya geçirmiş hastalara ve yakınlarına olan yaklaşımına, onlara verdikleri eğitimlere yeni bir boyut kazandıracığı düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4. 1. Memenin Anatomisi, Fizyolojisi ve Gelişimi

Memeler toraksın önünde ve sternumun iki yanında yer alan birer salgı organıdır. Sınırları kadından kadına değişebileceği gibi genellikle gebelik, emzirme, şişmanlama, zayıflama ve yaşlılık nedenleriyle farklılık göstermektedir. Bir meme, ikinci kaburga hizasından altıncı kaburgaya, sternumun yan kenarından ön koltukaltı çizgisine kadar uzanan bir alanı kapsar ve pektoralis majör kasının üstüne yer alır (7, 8, 31, 37, 44).

Erkek ve kız çocuklarda meme puberteye kadar aynı görünümdeydir. Pubertede östrojen ve diğer hormonların kız çocuklarda göğüs gelişimini başlatması ile farklılıklar ortaya çıkmaya başlar. Bu gelişme genellikle 10 yaşında başlayıp 16 yaşına kadar sürer. Ama bu aralık değişken olabilir ve meme gelişimi 9 – 18 yaş gibi bir aralıkta da olabilir (7, 37).

Memenin gelişim evreleri *Tanner Evreleri* olarak tanımlanır. Bu evreleme sistemi meme gelişimini 1'den 5'e kadar olan basamaklarla açıklamaktadır. Birinci evre, puberte öncesi dönemdir. İkinci evre tomurcuklanma evresidir ve kızlarda pubertenin başlangıcının ilk belirtisidir. Üçüncü evre meme dokusunun ve areola denilen memenin ucundaki koyu renkli yuvarlağın biraz daha genişlemesini içerir. Dördüncü evrede meme başı ve areola tümsek bir hal alır. Son olarak beşinci evrede gelişimini tamamlamış bir meme yapısı tamamen oluşmuştur (37).

Gelişimini tamamlamış bir meme, lobları ve loblar arasındaki yağ dokularını bir arada tutan fibröz yapı boyunca glandüler (parankim) ve duktal dokudan oluşur ve meme dokusunun %85'i yağdan oluşmaktadır. Her memede koni şeklinde 12 – 20 lob bulunur ve loblar meme içerisindeki kanallardan birinde son bulan küçük acini salgımlarını içeren lobüllerden oluşur. Her lobüldeki tüm kanallar bir darlıktan sonra meme başına açılan ampullaya dökülür. Meme başı areola denilen pigmentli bir alanla

çevrelenmiştir. Areolanın rengi koyu pembeden açık kahverengiye kadar değişir. Areolanın üzerinde sebace glandları denilen küçük çıkıntılar bulunmaktadır (18, 31, 37).

Meme dokusu çepeçevre bir fasya ile cilt altı dokusundan ve pektoralis majör kasından ayrılır. Bu fasyanın öndeki kısmına yüzeysel fasya denir. Memenin arka yüzeyindeki derin fasya ise toraks duvarının pektoral fasyası üzerinde uzanır ve meme ile toraks yapıları arasında meme arkası bursası denilen bir boşluk oluşturur. Bu boşluk memenin toraks duvarı önünde kolayca hareket etmesine imkan verir. Yüzeysel fasya cilde bası uzantıları yaparken diğer taraftan da meme dokusu içine doğru memeyi ayıran fibröz bölmeler oluşturur. Bu bölmelere Cooper Bağları denir ve bu bağlar lenf akımı bakımından oldukça zengindir (8, 31, 44).

Meme, lenfatik dolaşım bakımından oldukça zengindir. Areola arkasında yüzeysel ve pektoralis majör önünde derin olmak üzere iki ağ yapan lenf dolaşımı aralarında yaygın bağlantılar bulundurur (8).

Memenin lenf bezleri ise aksilla ve supraklaviküler çukurda ve sternumun her iki yanında birinci ve dördüncü interkostal aralıkta, parietal plevranın önünde yer alan mamarial arterin çevresinde yer almaktadır. Ek olarak majör ve minör pektoral kas arasında yer alan interpektoral ganglionları da bu grup içinde ele alınmaktadır. Özetle, meme lenfatikleri aksiler, arteria mamaria interna ve interpektoral ganglion gruplarında toplanır (8).

Meme dokusunun kanlanması ise başlıca üç kaynaktan olur (44):

- İç mamaria arterin perforan dalları
- Koltukaltı arterinin dalları olan torako – akromiyal, yan torasik dallar
- İnterkostal arterler

Meme, başlıca sinirlerini ikinci ve altıncı interkostal sinirlerden alır. Üst dış kadrana ise ayrıca boyun sinir ağından dallar gelmektedir. Bu nedenle boyun lezyonlarında ve özellikle servikal omurları ilgilendiren patolojilerde memenin üst dış kadrana yansıyan ağrılar olabilir (44).

4. 2. Memenin Muayenesi

4. 2. 1. İnspeksiyon

İnspeksiyonda öncelikle memeler büyüklük ve simetri açısından değerlendirilir. Genellikle bir meme diğerinden daha büyüktür ve bu bulgu normal olarak kabul edilmelidir. Fakat memelerdeki büyüklük farkının inflamasyon ya da bir kitle varlığından ileri gelebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (18, 31, 37).

Hasta ayakta dururken ya da kolları her iki yanda duracak şekilde otururken inspeksiyonla memenin sınırları ve şekli gözlenir. Meme dokusunda çekilme ya da çökme olup olmadığı gözlenir. Çünkü bu durum tümörün ligamanetlere invazyonuna işaret etmektedir (7, 18).

İnspeksiyonun devamında memedeki şekil bozukluklarını daha görünür hale getirmek amacıyla hastadan kollarını başının üzerine kaldırmasını ve ardından indirerek ellerini kalçasının üzerine bastırması istenerek bu pozisyonlarda meme dikkatle gözlenmelidir. Eğer pektoral kasta bir tümör invazyonu varsa bu hareketler esnasında pektoral kasın kasılmasıyla birlikte çekilme veya çökme varsa belirginleşecektir (18).

Meme dokusu renk, ödem ve venöz yapı açısından da değerlendirilmelidir. Zayıf ve hamile kadınlarda inspeksiyon ile venöz yapı kolayca gözlenir. Enfeksiyon varlığında ve inflamatuvar karsinomada ise memede kızarıklık oluşur (18, 37).

Meme başı ve areola büyüklük ve şekil açısından değerlendirilir. Hafif bir asimetri oluşu yaygındır. Burada dikkat edilmesi gereken başka bir nokta da her iki

meme başının yönüdür. Normalde her iki meme başının yönü de simetrik olmalıdır. Meme başında içe dönmenin varlığı ise tümöral bir invazyonu işaret edebilir. Meme ucundan kanama veya sarı–yeşil renkte akıntı olup olmadığına da dikkat edilmelidir (18, 37).

4. 2. 2. Palpasyon

Palpasyon meme dokusunun ve lenf nodlarının muayenesi için imkan sağlar. Özellikle aksiler lenf nodlarının palpe edilmesi büyük önem taşır çünkü memedeki lenflerin büyük bir kısmı aksiler lenf nodlarına drene olduğundan malign lezyonların metastazları aksiller lenf nodlarına olabilir (18).

Normalde lenf nodları palpasyon ile hissedilmezken 1-2 tane küçük, yumuşak ve hassasiyeti olmayan lenf nodlarının palpe edilmesi normaldir. Ancak palpe edilen lenf nodunun sert, hassas ve hareketsiz olması maligniteye işaret edebilir (18, 37).

Meme dokusunun palpasyonunda dokunun yoğunluğuna dikkat edilir. Eğer bir memede sertlik hissediliyorsa diğer meme de muayene edilerek karşılaştırma yapılabilir. Meme başı ve areola değerlendirilmelidir. Meme başında akıntı olup olmadığı palpasyon ile kontrol edilir. Ayrıca meme başında elastikiyet kaybı, içe çökme, düzleşme, çekilme veya areola bölgesinde ödem varlığı malign bir lezyonu düşündürmelidir (7, 18, 37).

4. 2. 3. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Düzenli olarak yapılan kendi kendine meme muayenesi; meme kanserinin erken tanısında önemli rol oynamaktadır. Fakat birçok kadın kitle bulacağı ve kanser çıkabileceği korkusu ile kendi kendine meme muayenesi yapmaktan kaçınmaktadır. Araştırmalar kadınların %25 – 30'unun her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığını göstermektedir (31, 37, 43, 44).

Kendi kendine meme muayenesi maliyeti düşük bir yöntemdir ve meme kanserinden olan ölümleri %25 azaltabileceği tahmin edilmektedir (44).

Fakat her kadın aynı kalitede kendi kendine meme muayenesi yapamamaktadır. Kişinin kendi kendini muayene tekniği ve ne zaman muayene yaptığı sorgulanmalıdır (18, 44).

Meme muayenesi için en uygun zaman henüz menopoza girmemiş kadınlar için menstrual siklus sonrası ilk bir haftadır. Çünkü hormonlardaki azalmayla birlikte memelerdeki hassasiyet ve şişlik azalacaktır. Menopozdaki kadınların ise her ayın aynı gününde muayene yapması gerekmektedir. Gebe kadınlar da aynı şekilde her ay kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır (18).

Kendi kendine meme muayenesinde inspeksiyon ve palpasyon tekniği kullanılır. Hastanın kendi kendine meme muayenesi yaparken izlemesi gereken basamaklar hastaya şu şekilde açıklanabilir (18, 37):

Basamak 1:

- ◇ Aynanın önünde, her iki kolunuz yanda olacak şekilde durunuz.
- ◇ Her iki memeyi de anormal görünüm açısından gözlemleyiniz.
- ◇ Meme ucu etrafından kızarıklık, çekilme, çökme olup olmadığına bakınız.

Basamak 2:

- ◇ Her iki elinizi başınızın arkasına koyarak her iki memeyi de dikkatlice inceleyiniz.
- ◇ Memelerin konturunda değişiklik olup olmadığına bakınız.

Basamak 3:

- ◇ Ellerinizi kalçanıza bastırarak dirseklerinizi ve omuzlarınızı öne doğru iterek hafifçe öne eğiniz.

- ◇ Memelerin konturunda değişiklik olup olmadığına bakınız.

Basamak 4:

Çoğu kadın bu basamağı duş alırken yapar çünkü cildin kaygan olması muayeneyi kolaylaştırmaktadır.

- ◇ Sol kolunuzu kaldırınız.
- ◇ Sağ elinizin 3. ve 4. parmaklarını kullanarak sol memeyi dikkatlice baştan sona hissediniz.
- ◇ Parmaklarınızın düz kısımlarıyla bastırarak dış yandan itibaren tüm memeyi küçük daireler çizerek değerlendiriniz.
- ◇ Kademe kademe ilerleyerek meme ucuna kadar geliniz.
- ◇ Tüm memeyi muayene ettiğinizden emin olunuz.
- ◇ Meme ile koltukaltı arasındaki alana (koltukaltı dahil) özel dikkat gösteriniz.
- ◇ Cildin altında olası yumru ya da kitle arayınız.

Basamak 5:

- ◇ Meme ucunu nazikçe sıkınız ve akıntı olup olmadığına bakınız.
- ◇ Eğer ay içerisinde akıntınız olduysa (muayene esnasında veya muayene dışında) doktorunuzla görüşünüz.
- ◇ Aynı muayeneyi sağ meme için de uygulayınız.

Basamak 6:

- ◇ 4. ve 5. basamakları yatar pozisyonda tekrar ediniz.
- ◇ Düz bir zemine sırt üstü yatınız ve sol kolunuzu başınızın arkasına alarak sol omzunuzu bir yastık veya katlanmış bir havlu ile destekleyiniz. Bu pozisyon memeyi destekleyerek muayeneyi kolaylaştıracaktır.
- ◇ 4. basamakta anlatılan dairesel hareketleri tekrarlayınız.
- ◇ Aynı işlemi sağ memenizde de uygulayınız.

4. 3. Meme Lezyonlarında Tanı Yöntemleri

4. 3. 1. Mamografi

Mamografi memenin radyolojik olarak değerlendirilmesindeki ilk adımdır. Amerikan Kanser Derneği 40 – 50 yaş arasındaki kadınların her 1 – 2 yılda bir mamografi çektirmesini önermektedir. 40 yaşından önce ise eğer ailede meme kanseri öyküsü varsa, kişinin benign meme hastalığı varsa, insizyonel ya da eksizyonel meme biyopsisi yapılmışsa daha sık aralıklarla mamografi önerilmektedir (9, 37).

Çekilen mamografi eğer varsa eski mamografiler ile kıyaslanır. Mamografi bir meme tümörünü (örneğin çapı < 1 cm) klinik olarak palpe edilmeden saptayabilir. Ama %5 – 10 arasında yalancı negatif sonuç verdiği de bilinmektedir (31, 43).

4. 3. 2. Ultrasonografi

Ultrasonografi (ultrason) içi sıvı dolu kistler ile diğer lezyonları birbirinden ayırmada kullanılır ve %96 – 100 hassasiyetle doğru cevap verir. Gelişmiş B – Mode ultrason cihazları benign meme lezyonlarını malign meme lezyonlarından ayırmada %85'e kadar etkilidir (9, 37, 44).

Ayrıca iğne aspirasyon biyopsisinde, mamografi altında ulaşılamayan, göğüs duvarına yakın kitlelerin görüntülenmesinde koltukaltı ganglionlarının metastatik olup olmadıklarının incelenmesinde, meme koruyucu cerrahiden sonra radyoterapi gören memelerde oluşan kitlelerin değerlendirilmesinde de ultrasonografiden faydalanılır (31, 44).

4. 3. 3. Renkli Doppler Sonografi

Memede tespit edilen lezyonun benign ya da malign olduğunun ayırımında bir dönem renkli doppler sonografi uygulanmış olsa da yapılan çalışma sonuçları birbirini desteklememektedir. Lezyonun benign ya da malign oluşunun ayırımı lezyonun damarlanmasındaki değişiklikler göz önünde bulundurularak yapılmaktadır fakat bu

konudaki sonuçlar tartışılmakta olduğundan rutin uygulamalarda renkli doppler sonografi ayırıcı tanıda çok tercih edilmemektedir (44).

4. 3. 4. Magnetik Rezonans Mamografi

Lezyonların benign ve malign ayırımında, meme koruyucu cerrahi sonrası oluşan lezyonların granülasyon dokusu – malignite ayırımında ve özellikle meme koruyucu cerrahi yapılacak yoğun memelerde multifokal – multisentrik tümörlerin saptanmasında önemli bir yere sahiptir fakat mikrokalsifikasyonların değerlendirilmesinde etkili değildir. Magnetik Rezonans Mamografi, memenin değerlendirilmesinde tek başına kullanılabilir bir yöntem değildir. Günümüzde sadece meme koruyucu cerrahiden önce yoğun memelerde başka odakların olup olmadığının incelenmesinde ve bazı hastalarda lezyonun benign ya da malign olup olmadığının araştırılmasında kullanılmaktadır (44).

4. 3. 5. Biyopsi

4. 3. 5. 1. İğne Aspirasyon Biyopsisi

İğne aspirasyon biyopsisi daha çok kitle lezyonlarının değerlendirilmesinde kullanılır. Lokal anestezi uygulandıktan sonra iğne ile lezyona ulaşılarak aspirasyon işlemi yapılır ve aspire edilen materyal hemen lam üzerine yayılarak %95'lik alkol içerisinde 15 – 20 dakika bekletilir. Ardından materyal boyanmak üzere sitoloğa gönderilir ve sitolojik tanı elde edilir (44).

Sitolojik inceleme sonucunda yetersiz materyal, selim duktal hücreler, atipik hücreler veya habis epitelyal hücreler şeklinde yanıtlar alınabilir. Habis ve atipik epitelyal hücre olarak rapor edilen lezyonlar, biyopsi ile araştırılmalıdır. İğne aspirasyon biyopsisi diğer biyopsi yöntemlerine göre daha hesaplıdır (37, 44).

4. 3. 5. 2. Core Biyopsi

Core biyopsi sıklıkla cilde yakın olan kitlelerde ve palpe edilebilen kitlelerde tercih edilir. Geniş bir iğne içerisinde kesici bir ucu olan tru – cut iğnesi ile lezyondan

doku parçaları elde edilerek histolojik tanıya götüren bir yöntemdir. Eğer biyopsi sonucunda malignite ortaya çıkarsa bu prosedür östrojen ve progesteron reseptörlerinin incelenmesinde de kullanılmaktadır (37, 44).

Core biyopsi, iğne aspirasyon biyopsisine göre daha invaziv bir işlemdir ve işlem sonrası hematoma oluşma riski daha fazladır (44).

4. 3. 5. 3. Eksizyonel Biyopsi

Bu uygulama palpe edilebilen kitleler için uygulanabilir. Genellikle çok büyük olmayan kitlelerde hastanın da tercihine bağlı olarak lokal anestezi ile poliklinik imkanlarında yapılabilen bir prosedürdür. Tüm lezyon çevredeki bir kısım sağlıklı doku ile birlikte çıkarılır. Olası malignite varlığında alınan dokunun östrojen ve progesteron açısından değerlendirilmesi gereklidir (37, 44).

4. 3. 5. 4. İnsizyonel Biyopsi

Memedeki büyük kitlelerden cerrahi olarak doku parçası alınması işlemidir. Genellikle lokal olarak ilerlemiş olduğu düşünülen meme kanserlerinde histopatolojik tanı ve reseptör tayini için doku örneği alınır. Eğer hastada cilt tutulumu olduğu gözlenirse işlem sırasında kitle ile birlikte bir bölüm cilt dokusu da çıkarılarak incelenir (41).

4. 4. Meme Kanseri

Meme kanseri, günümüzde kadınlarda görülen kanser türleri arasında %22 oranı ile başı çekmektedir ve bu sıklık giderek artma eğilimindedir (8, 44).

Önceleri meme kanserinin tedavisinde çok başarı sağlanmasa da erken tanının ve tedavinin önemi toplum bilincinde yer aldıkça küçük lezyonlarda %80 oranında 5 yıllık yaşam süresi sağlandığı bilinmektedir (34, 43).

Bu nedenle risk grubu oluşturan kadınlarda düzenli tarama yapılması meme kanserinin erken teşhis ve tedavisinde büyük öneme sahiptir (8).

4. 4. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Birçok kanser türünde karşımıza çıktığı gibi meme kanserinin de etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Fakat meme kanserinin ortaya çıkmasında artışa neden olan bazı faktörler olduğu bilinmektedir. Bu risk faktörleri meme kanserini önleme programları için oldukça önemlidir (8, 37, 43).

Bu risk faktörlerinden ilki kişinin meme kanseri öyküsünün varlığıdır. Bir memede saptanan malign bir lezyon diğer memede de meme kanseri oluşma riskini her yıl %1 oranında arttırmaktadır (37).

Kişinin birinci derece akrabalarında meme kanseri varlığı da yine önemli bir risk faktörüdür. Eğer kişinin annesi 60 yaşından önce meme kanseri tanısı alırsa kişinin meme kanserine yakalanma riski iki katına çıkmaktadır. Ek olarak eğer bireyin ik tane birinci derece akrabasında meme kanseri oluşmuşsa bu risk 4 – 6 kat artmaktadır (1, 37).

Meme kanserinin oluşumunda genetik faktörlerin %25 oranında etkili olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar BRCA1 ve BRCA2 olarak isimlendirilen iki genin meme kanserinden sorumlu olduğunu ve bu genlerin mutasyonu sonucu meme kanserine yatkınlığın oluştuğunu göstermektedir (4, 8, 44).

Mutasyona uğramış BRCA1 genine sahip bir kadının meme kanserine yakalanma riski yaşla birlikte artmaktadır. Bu risk 70 yaş dolayında %85 gibi bir orana ulaşmaktadır. Kalıtsal meme kanserli hastaların yaklaşık yarısı BRCA1 geninin mutasyonu ile ilişkilendirilmektedir (4, 44, 45).

BRCA2 geninin mutasyonunun ise daha çok erken yaşlarda görülen meme kanserinden ve bilateral meme kanserinden sorumlu olduğu söylenmektedir. Mutasyona uğramış bir BRCA2 geni taşıyan bir kadının meme kanserine yakalanma riski %90 oranındadır (4, 44, 45).

Menarş yaşının erken oluşu ise meme kanseri riskini arttıran başka bir faktördür. Menstrual siklusun 12 yaşından önce başlamasının meme kanseri oluşma riskini arttırdığı söylenmektedir. Yapılan araştırmalarda menarş yaşının geciktiği her yılın meme kanseri oluşma riskini %20 oranında azalttığı saptanmıştır. Ayrıca menarştan sonra düzenli menstrual sıklusa kadar geçen sürenin kısa oluşu da meme kanserinin oluşma riskini arttırmaktadır. Bu risk menarştan hemen sonra düzenli menstrual siklus yaşayanlarda, menstrual siklusu bir süre düzensiz seyredenlere göre 4 kat daha fazladır (1, 4, 37, 44, 45).

Geç menopoz da meme kanseri oluşumunda önemli bir risk faktörüdür. Burada kritik yaş 45 – 55 arası olarak görülmektedir. Son menstrual siklusunu 45 yaşından önce gören kadınların meme kanserine yakalanma riski son menstrual siklusunu 55 yaşında gören kadınların yarısı kadardır (1, 4, 37, 44, 45).

Erken menarşın ve geç menopozun meme kanseri için önemli birer risk faktörü oluşunun temel nedeni meme dokusunun puberteden menopoza kadar östrojen hormonunun etkisi altında kalışı ile açıklanmaktadır. “Östrojen Penceresi” olarak adlandırılan bu dönemin uzunluğu ile meme kanseri oluşma riski doğru orantı göstermektedir (44).

Hiç doğum yapmama ve ilk doğum yaşının 30 – 35 yaş ve sonrası olması da meme kanserinin ortaya çıkma riskini arttıran faktörlerdendir. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınların meme kanserine yakalanma riski ilk doğumunu 20 yaşında yapan kadınlara göre iki kat daha fazladır. Hiç doğum yapmamış olmak ise meme kanserinin ortaya çıkma riskini 1,5 kat arttırmaktadır (1, 4, 31, 37, 44, 45).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk doğumunu 30 yaşından sonraya bırakan kadınlarda %125, 35 yaşından sonraya bırakanlarda ise %110'luk bir artış gözlenmesi meme kanserinin ABD'deki artış hızı ile doğru orantılı seyretmektedir (1, 44).

Laktasyon ile ilgili araştırmalar ise göstermektedir ki menopoz öncesi dönemde emzirmeyenlerin meme kanserine yakalanma riski emzirenlere oranla 2 kat daha fazladır. Çünkü emzirme ile östrojenin vücuttaki etkisi bir süreliğine de olsa azalacak ve ovulasyon sayısı düşecektir (1, 31, 44).

Oral kontraseptif kullanımı da meme kanserinin ortaya çıkma riskini arttıran faktörlerdendir. İlk doğumdan önce ortalama 8 – 10 yıl oral kontraseptif kullanımı meme kanseri oluşma riskini %35 oranında arttırmaktadır. Her ne kadar bu risk oral kontraseptif kullanımı kesildikten sonra azalmaya başlasa da ilk doğumun ertelenmesi ile oral kontraseptif kullanımı birlikte düşünüldüğünde ilerleyen yıllarda meme kanserinin daha sık ortaya çıkacağı varsayımı yapılmaktadır (4, 37, 44, 45).

Menopoz sonrası tıbbi endikasyon ya da kişinin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla östrojen ile yapılan Hormon Replasman Tedavisi (HRT) östrojen penceresini daha da genişleteceğinden risk faktörü olarak değerlendirilse de bu riski ortaya koymak için yapılan çalışmalar beklenen sonucu vermemiştir. Öte yandan hormon replasmanının koroner kalp hastalıkları ve osteoporoz gibi hastalıklardaki olumlu etkileri de göz önünde bulundurularak HRT'ye hasta ile birlikte karar verilmesi daha uygundur (1, 4, 44, 45).

Benign kitle varlığı da meme kanseri için bir risk faktörüdür. Proliferatif epitelyal değişiklikleri olan meme kitlelerine sahip kadınların meme kanserine yakalanma riski iki kat iken atipik hiperplazi varlığında bu risk dört katına çıkmaktadır. Özellikle ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda eğer atipik duktal hiperplazi saptanırsa kanser oluşma riski 9 kata kadar ulaşmaktadır (8, 31, 37).

Beslenme de meme kanserinin ortaya çıkma riski ile ilişkilidir. A, E C vitaminleri ve selenyum alımının meme kanseri ile olan ilişkisi incelendiğinde antioksidan özellikleri nedeni ile koruyucu etkilerinin olduğu görülmüştür. Özellikle A vitamini ve selenyum büyük ölçüde koruyuculuğa sahiptir. Dolayısıyla A, E, C vitamini ve selenyumdan fakir bir diyet diğer risk faktörleriyle birleştiğinde meme kanserinin ortaya çıkma riskini arttırmaktadır (44).

Beslenme ile ilişkili olarak menopoz öncesi dönemde düşük ve menopoz sonrası dönemde yüksek vücut ağırlığının oluşu ise meme kanserinin ortaya çıkma riskini arttırmaktadır. Ayrıca meme kanserine yakalanan obez kadınların ölüm hızlarının yüksek olması obeziteye bağlı geç tanı konmasıyla da ilişkilendirilmektedir (8, 37, 44, 45).

Alkol alımı da meme kanserinin risk faktörlerinden birisidir ve riski 1,4 – 1,7 kat arttırmaktadır. Günde bir bardak alkol alan kadınlarda riskin arttığı ve alkol alımının günde üç bardağa çıkmasının ise riski iki katına çıkardığı bilinmektedir. Fransa, İtalya gibi düzenli olarak şarap tüketimi olan ülkelere göre biraz daha fazladır. Bazı araştırmalar genç yaşta alkol alan kadınların ilerleyen yıllarda meme kanserine daha yatkın olduğunu söylemektedir (1, 4, 37, 44, 45).

Radyasyona maruz kalma süresi de riski arttırmaktadır. Ergenlik döneminde timus ve Hodgkin hastalıkları nedeniyle mediasten ışınlanması alan kişilerde riskin arttığı söylenmekte ve bu kişilerin meme kanseri açısından yakın izleme protokolü ile takip edilmesinin önemi vurgulanmaktadır (7, 31, 44, 45).

4. 4. 2. Koruma – Kemoprevansiyon

Meme kanserinin her geçen gün artması sebebi ile meme kanserinden nasıl korunulacağı sık araştırılır olmuştur. Kanserin oluşumunu tetikleyen risk faktörlerinden kaçınmak meme kanserinden korunmanın ilk aşaması olsa da bu risk

faktörlerinin önemli bir kısmı (genetik faktörler, yaşlanma, patolojik anatomik değişiklikler) değiştirilmesi mümkün olmayan faktörlerdir (44).

Yapılan araştırmalarla bazı retinoid ve tamoksifen gibi kimyasal maddelerin memedeki epitelyumsal değişikliklerin maligniteye dönüşmesini önleyebildiği görülmüştür. Fakat bunlardan retinoidler karaciğer toksisitesi, teratojen etki gibi ciddi yan etkilere yol açabilmektedir (44).

4. 4. 3. Tanılama

Meme dokusunda bir hücrenin kansere dönüşmesi ile klinik ya da radyolojik muayenede saptanması arasında geçen süre yılları bulabilir. Tümöral kitlenin palpe edilebilmesi için çapının en az 1 cm'ye ulaşması gerekmektedir. İri memeli kadınlarda ve tümöral kitlenin meme dokusunun derinlerinde olması durumlarında palpe edilebilecek kitle çapının daha fazla olması gerekmektedir. Tüm bunlara rağmen günümüzde memedeki kitlelerin %90'ını kadınlar kendileri fark etmektedir ve saptanan bu kitlelerin %80'i malign çıkmaktadır (8).

Malign kitleler meme dokusunun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkabilir. Fakat sıklıkla memenin sağ üst kadranda ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda daha çok sol memede görülmektedir (37).

Malign lezyonlar genellikle ağrısız, sert, hareketsiz, kenarları düzensiz yapıda olurlar. İlerleyen durumlarda meme başından gelen kanlı akıntı, meme dokusunda çökme, meme başında çekilme, memeler arasında büyüklük farkı gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Ayrıca lezyon aksiller lenf nodlarına yayılmış olabilir. Tüm bu semptomlar tümörün tipine, bulunduğu yere ve ne kadar süredir var olduğuna göre değişiklik gösterebilir (37, 43).

Meme kliniğine başvuran hastaların hangi semptomlar ile başvurduğu incelendiğinde Şema 1'de yer alan yüzdeler görülmüştür (9):

Şema 1 – Hastaların Meme Kliniğine Başvurduğu Semptomlar ve Sıklıkları

SEMPTOMLAR	YÜZDELER
Memede kitle	% 35
Ağrılı kitle ya da kitleler	% 33
Yalnızca ağrı	% 15
Meme başı akıntısı	% 5
Meme başında çekilme	% 5
Ailede meme kanseri öyküsü	% 3
Memede şekil bozukluğu	% 2
Şişlik / Enflamasyon	% 2

Burkitt H.G., Quick C.R.G., Reed J.B.: Essential Surgery: Problems, Diagnosis and Management, 4th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, China, 2007, p: 637.

Fakat her kitle, kızarıklık ya da meme başı akıntısı kanser varlığından dolayı olmayabilir. Meme hastalıklarında ortaya çıkan semptomlar ve klinik anlamları Şema 2’de gösterilmektedir (9).

Şema 2 – Meme Hastalıklarında Semptomlar ve Klinik Anlamları

SEMPTOMLAR	KLİNİK ANLAMLARI
1. Ağrı	
Menstruel siklusla değişen nitelikte	Premenstrual sendrom ya da fibroadenozis gibi fizyolojik bir nedeni akla getirir. Her iki durum da tedaviye yanıt verir.
Menstruel siklustan bağımsız nitelikte	Tanısal nitelikte değildir ama karsinom, fibroadenozis ya da enfeksiyon varlığında görülebilir.
2. Memede Kitle	
Sert nitelikte	Hareketli ve pürüzsüz bir yüzeye sahip kitle çoğunlukla fibroadenoma ya da fibroadenotik kiste işaret eder. Sınırları iyi tanımlanmayan, yüzeysel ya da derin dokulara yapışık olanlar ise yüksek ihtimalle karsinomu gösterir ama enfekte olmayan bir inflamasyona ya da yağ nekrozuna bağlı da olabilir.
Sabit, güç saptanan kitle ya da kitleler	Özellikle kitlenin dış çizgisini gerçek meme dokusundan ayırt etmede zorlanılıyorsa ya da meme dokusunun geneli bu yapıdaysa fibroadenozisi gösterir. Malignite riski azdır fakat yine de zit yönde kaynaklara başvurulmalıdır.
Yumuşak kitleler	Genellikle bir lipom ya da bazen zayıf bir kisti işaret eder.

3. Memede Dokusunda Değişiklikler

Ciltte çökme ya da çekilme	Bazen çözümü zor bir semptomdur ama yüksek bir ihtimalle karsinomu işaret eder.
Görünür bir yumru	Kist, karsinom ya da phylloid tümör olabilir. Kistler hızlı bir şekilde ortaya çıkabilir.
Portakal kabuğu görünümü	Kitlenin üzerinde ise hemen hemen patognomonik olarak karsinomu işaret eder. Bu durum tümörün ciltteki lenf nodlarına invazyonu sebebi ile dermal ödem gelişmesiyle ortaya çıkar. Ayrıca bu durum enfekte bir lezyonda da görülür.
Kızarıklık	Eğer bölgede sıcaklık da varsa genellikle enfeksiyonu işaret eder. Bazen de meme kanalının genişlemesine bağlıdır. Enflamatuvar karsinom varlığına dikkat edilmelidir.
Ülserasyon	Geç yaşlarda ihmal edilen bir karsinomu işaret eder (sıklıkla yavaş ilerleyen bir karsinom türüdür).

4. Meme Başı Hastalıkları

Yakın zamanda oluşan içe dönme ya da şekil değişikliği	Karsinom gibi altta yatan bir lezyonu ya da meme kanalında var olan genişlemeyi işaret eder ama malignite söz konusu olabilir.
Egzama (Meme ucunda, areolada ya da her ikisinde birden oluşan döküntüler)	Tek taraflı ve sürekli nitelikte ise bu Paget Hastalığı'nın tipik belirtisidir; meme kanserinin bir göstergesidir.
Meme ucu akıntısı	Süt görünümünde ise hamilelik ya da hiperprolaktinemi, eğer seröz bir akıntı var ise fizyolojik, yeşil renkte bir akıntı varsa da perimenopozal, meme kanalı genişlemesi ya da fibroadenotik kist kaynaklı olabilir.
Kanlı akıntı	Muhtemel karsinoma ya da kanal içi papilloma işaret eder.

Burkitt H.G., Quick C.R.G., Reed J.B.: Essential Surgery: Problems, Diagnosis and Management, 4th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, China, 2007, p: 636.

Şema 1'de yer alan semptomlar ile meme kanserinin tanısı daha inspeksiyon ve palpasyon aşamasında kolaylıkla konur. Fakat 40 yaşın üzerindeki kadınlarda memede ağrı, fizik muayenede nodülarite veya yaygın/lokal yoğunluk palpe edildiğinde mamografi ve ultrasonografi çekilmelidir (8).

Ayrıca ülserasyon varsa sürüntü alınmalı, derin ve palpe edilemeyen bir kitle varsa iğne aspirasyon biyopsisi, core biyopsi yapılmalı, eğer kitle büyük ve eksülere ise insizyonel biyopsi yapılmalıdır (8).

Ameliyat sırasında da eksizyonel veya insizyonel biyopsi ile alınan kesit için frozen section incelemesi ile de tanı konur. İç kadran yerleşimli kanserlerde ise lenfosintigrafi, özellikle arteria mamma interna grubu lenf ganglionlarının tutulumu hakkında tanı için bilgi verir. Kan tahlilleri yapılarak CEA ve CA 15-3 tümör markerlarına bakılması da tanı koymada yardımcı olur (8).

4. 4. 4. Evreleme

Meme kanserli hastalar hekime başvurduğunda hastalıklarının sahip olduğu yaygınlık derecesi birbirinden çok farklıdır. O nedenle kanser tanısı konduktan sonra tümörün yayıldığı alan saptanarak hastalığın hangi evrede olduğu belirlenmelidir. Böylece en iyi tedavi planı hazırlanarak prognoz hakkında değerlendirme yapılabilir (9, 17, 44).

Evreleme tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri ve göğüs röntgeni ile başlar. Batın ultrasonu ve kemik taramaları ile uzak metastatik tümör olup olmadığı araştırılır. Mikrometastazlar ise var olan metotlarla saptanamaz ama aksiler lenf nodlarında malign bir hastalığın varlığı karaciğer, akciğer ve kemik gibi uzak metastazların en güçlü belirticidir (9).

Evreleme genellikle "Klinik" ve "Patolojik" olmak üzere iki boyuta ayrılır. Klinik evreleme radyoloji ile birlikte klinik bulguların varlığına göre yapılırken patolojik evreleme ise ameliyatla çıkarılan tümör ya da lenf nodlarının histopatolojik değerlendirilmesi ile yapılır (44).

Klinik evrelemede kullanılan sistemler arasında ülkemizde en çok kullanılan AJCC (American Joint Committee on Cancer)'nin oluşturduğu TNM evreleme sistemidir.

Bu sistemde primer tümör T, lenf nodu N, uzak metastaz ise M harfleri ile temsil edilmektedir (9, 31, 44).

Şema 3 – TNM Evreleme Sistemi

T – Primer Tümör	N – Bölgesel Nelf Nodu	M – Uzak Metastaz	Evre
T _{is}	N ₀		0
T ₁	N ₀		I
T ₀ T ₁ T ₂	N ₁ N ₁ N ₀		IA
T ₂ T ₃	N ₁ N ₀		II B
T ₀ T ₁ T ₂ T ₃ T ₃	N ₂ N ₂ N ₂ N ₁ N ₂	M ₀	III A
T ₄	N ₀ N ₁ N ₂		III B
Herhangi bir T	N ₃		III C
Herhangi bir T	Herhangi bir N	M ₁	IV

Burkitt H.G., Quick C.R.G., Reed J.B.: Essential Surgery: Problems, Diagnosis and Management, 4th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, China, 2007, p: 649.

Şema 4 – TNM Sisteminde Numaralandırma Karşılıkları

T – Primer Tümör
Tis: Tümör bulgusu olmayan Paget Hastalığı, in situ tümör
T ₀ : Primer tümör bulgusu yok
T ₁ : Tümör çapı 2 cm veya daha küçük
T ₂ : Tümör çapı 2 cm'den büyük ama 5 cm'yi aşmamış
T ₃ : Tümör çapı 5 cm'yi aşmış
T ₄ : Tümörün boyutu ne olursa olsun deri ya da toraks duvarına ulaşmış

N – Bölgesel Lenf Nodu
N ₀ : Bölgesel lenf bezi metastazı yok
N ₁ : Aynı taraf koltuk altında bir ya da daha fazla mobil lenf nodunda metastaz
N ₂ : Aynı taraf koltuk altında bir ya da fazla lenf nodunda metastaz, fakat bu lenf nodları birbirlerine ya da çevre dokulara yapışık konumda.
N ₃ : Tümörün bulunduğu taraftaki iç mamaria lenf nodu grubuna metastaz

M – Uzak Metastaz
M ₀ : Uzak metastaz yok
M ₁ : Uzak metastazlar mevcut

Ünal M.: Genel Cerrahi. Editör: Prof. Dr. Göksel Kalaycı. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., Tayf Ofset, 2002, s: 573.

4. 4. 5. Prognoz

Meme kanserinde tanı konduktan sonraki seyir hastadan hastaya farklılık gösterir. Tümör çapları aynı olan hastalar takip edildiğinde birinde tümör nüksü kısa zamanda ortaya çıkarken diğerinin sağlıklı olarak yaşamına devam etmesinin temelinde prognostik faktörler yer almaktadır. Bu prognostik faktörler cerrahi tedavi sonrası hastanın radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi alıp almayacağı konusunda yardımcı bilgiler sunmaktadır. Bu faktörlerden en önemlileri tümörün çapı, koltukaltı lenf nodu tutulumu olup olmadığı ve tümörün histolojik tipidir (44).

4. 4. 5. 1. Tümör Çapı

Primer tümörün çapı ile yaşam süresi arasında bir doğru orantı olduğu bilinmektedir. Tümörün çapı büyüdükçe metastatik lenf nodu tutulumu da artacak ve yaşam süresi kılacaktır. Tümör çapı 1 cm'den küçük olan hastalarda metastatik aksiller lenf nodu tutulumu görülme oranı %10 ve 10 yıl yaşama şansı %91 oranlarında iken tümör çapı 1 – 3 cm arasında olan hastalarda aksiler lenf nodu tutulumu riski %40 oranındadır ve 10 yıllık yaşama şansı %73'e düşmektedir (44).

4. 4. 5. 2. Koltukaltı Lenf Nodu Tutulumu

Prognostik faktörlerden en önemlisi aksiller lenf nodu metastazı olup olmadığıdır. Metastaz varsa tutulan lenf nodunun sayısının fazlalığı prognozu kötüleştirecektir. Aksiller lenf nodu metastazı olmayan hastaların 10 yıllık hastalısız yaşam süresi %70–80 oranındadır. Koltukaltı lenf nodlarının tutulumu yaşam süresinin belirlenmesi dışında sistemik metastaz riskini, sistemik tedaviye olan gereksinimi ve bu tedaviye alınabilecek cevabı etkilemektedir (44).

4. 4. 5. 3. Histolojik Tümör Tipi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1981'de meme kanserinin 17 değişik histolojik tipi olduğunu açıklamıştır. Bunların yaklaşık %65–80 kadarını duktal kanserler oluştururken %2 – 15 oranlarında da invaziv lobüler kanser görülmektedir (44).

Meme kanserinin histolojik tipleri prognozun iyi veya kötü olabileceği hakkında bilgi verebilir. Tübüler, kribriform, müsinöz, medüller, invaziv lobüler, papiller histolojik tipte kanserlerin prognozu iyi olurken metaplastik (sarkomatoid), inflamatuvar ve lipidden zengin histolojik özelliğe sahip kanserlerin prognozu kötü olmaktadır (44).

4. 4. 6. Meme Kanserinin Sınıflandırılması

Meme kanserleri Şema 5'te olduğu gibi başlıca Non-İnvaziv ve İnvaziv olarak iki gruba ayrılır. Ayrıca bu iki grup içinde yer almayan Paget Hastalığı ve İnflamatuar Kanser türleri de bulunmaktadır (8).

Şema 5 – Meme Kanserlerinin Histopatolojik Sınıflaması

1. Non - İnvaziv
2. İnvaziv
3. Paget Hastalığı
4. İnflamatuar Kanser

Bozfakioğlu Y., Asoğlu O.: Genel Cerrahi. Editör: Prof. Dr. Ünal Değerli, Prof. Dr. Yeşim Erbil. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Nobel Matbaacılık, 8. Baskı, 2006, s: 279.

4. 4. 6. 1. Non – İnvaziv Kanserler (İn Situ Kanserler)

İn situ duktal ve in situ lobüler olmak üzere iki gruba ayrılan kanserlerin ortak özellikleri kanserleşmiş epitel hücrelerinin bazal membranı yırtmamış olması ve dolayısıyla stromayı da geçemeyerek lenf ve kan dolaşımına karışmamasıdır. Bu tip kanserler TNM sınıflamasına göre Tis veya Evre 0 olarak ifade edilirler (8).

İn situ lobüler kanserin (LCIS) başlıca özelliği klinik ve radyolojik bulgu vermemesidir. Ele gelen kitle, mamografide mikrokalsifikasyon görülmesi ya da distorsiyon alanı gibi nedenlerle yapılan biyopsilerde ortaya çıkar. LCIS varlığı invaziv kanser gelişme riskini %40 arttırmaktadır (8).

İn situ duktal kanser (DCIS) eskiden ele gelen kitle, meme başında akıntı, Paget Hastalığı görünümü ile ortaya çıkarken günümüzde mamografide saptanan mikrokalsifikasyon veya distorsiyon alanı ile ortaya çıkmaktadır. DCIS, normal epitelyum hücrelerinden invaziv kanser hücrelerine geçiş morfolojisi olarak kabul edilmektedir (8).

4. 4. 6. 2. İnvaziv Kanserler

%90'ı duktal, %10'u lobüler olarak sınıflandırılan invaziv kanserlerin büyük çoğunluğu adenokarsinomdur. Ayrıca musinöz, meduller, papiller, tubuler ve Paget kanseri ve inflamatuvar kanser de vardır. İnvaziv duktal kanserler tüm meme kanserlerinin %75'ini oluştururken invaziv lobüler kanserler ise sıklıkla palpe edilebilen kitleden ziyade lokal yoğunluk artışı ile ortaya çıkar. Mamografide mikrokalsifikasyon görülmez (8).

Paget kanseri tüm meme kanserlerinin % 1 – 2'sini oluşturur. İSDK ile birlikte görülür. İnvaziv duktal kanser ise tüm meme kanserleri içinde en kötü prognoza sahip olanıdır (8).

4. 4. 7. Meme Kanserinin Tedavisi

Meme kanserinin tedavisi planlanırken genel cerrahi, patoloji, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi ve radyoloji uzmanlarından fikir alınması söz konusudur. Ayrıca liyezon psikiyatrisi de tedavi öncesi ve sonrası dönemde hastayı takip etmelidir. Günümüzde meme kanserinin tedavisinde cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal terapi gibi tedavi yolları izlenmektedir. Bu yöntemler "Lokal" ve "Sistemik" olarak gruplandırılabilir (8, 37).

4. 4. 7. 1. Lokal Tedavi

Meme kanserinde lokal tedavinin temel amacı kanserin lokal varlığını ortadan kaldırmaktır. Boyutu küçük olan ve evresi elverişli olan tümörlerde ve görüntüleme yöntemleriyle görülen tümörlerde tek başına lokal tedavi ile başarılı sonuçlar elde edilebilir. Bu tedaviler cerrahi ve radyoterapi olarak ayrı ayrı veya birlikte kullanılmaktadır (8, 9).

4. 4. 7. 1. 1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavide önceleri memenin tamamen çıkarılması işlemi olan "Mastektomi" tercih edilse de son 30 yıldır etkilenen dokuyla birlikte bir kısım sağlam

dokunun da çıkarılarak meme yapısının korunduğu “Meme Koruyucu Cerrahi” yöntemi tercih edilmektedir (9).

4. 4. 7. 1. 1. 1. Meme Koruyucu Cerrahi

Lumpektomi olarak da isimlendirilen meme koruyucu cerrahinin amacı erken evredeki meme kanseri hastalarına mastektomi yerine kozmetik bir alternatif sunmaktır. Burada tümör etraftaki sağlam dokuyla birlikte çıkarılır ve bu işlemi nüksün önlemesi için yapılan radyoterapi takip eder (5, 9, 44).

Şema 6 – Meme Koruyucu Cerrahi İçin Hasta Uygunluk Kriterleri

✓ Klinik muayenede ya da mamografide tek lezyon varlığı
✓ Tümör çapının 3 cm'den küçük olması (Büyük memelerde 4 cm'den küçük olması)
✓ Yaygın in situ komponenti olmaması
✓ Tümörün meme ucu ve areoladan 2 cm uzak olması
✓ Tümörün düşük histopatolojik derecede olması
✓ Lenf nodu metastazı olmaması

Burkitt H.G., Quick C.R.G., Reed J.B.: Essential Surgery: Problems, Diagnosis and Management, 4th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, China, 2007, p: 650.

Meme koruyucu cerrahi tümörün çıkarılma biçimine göre farklı isimler almaktadır. Bunlar (9):

❖ **Lumpektomi:** Tümör, etrafındaki 1 cm'lik sağlıklı doku ile birlikte çıkarılır ama rezeksiyon sınırlarında pozitif malignite riski taşımaktadır (9, 31).

❖ **Geniş Lokal Eksizyon:** Tümör, etrafındaki 2 – 3 cm'lik sağlıklı doku ile birlikte çıkarılır. Tümörün konumuna bağlı olarak gerekmedikçe cilt eksizyonu olmaz (8, 9).

❖ **Kadranektomi:** Tümörün yer aldığı tüm kadran çıkartılır. Burada fazla doku çıkarılması nedeniyle kozmetik açıdan çok iyi sonuçlar elde edilemeyebilir (8, 9).

Meme koruyucu cerrahide önemli olan çıkarılan tümörün çevresindeki cerrahi sınırların histolojik açıdan malign olmamasıdır. Tüm vakalarda çıkarılan numunenin patolojik inceleme için sutürlerle işaretlenmesi gerekir ki eğer herhangi bir sınıf malignant hücreler içeriyorsa uygun alan tekrar rezeke edilir (9, 44).

Meme koruyucu cerrahi yapılan hastalar mastektomi yapılan hastalara göre daha iyi beden imajı ve seksüel aktivite bildirirken, tanı konmasıyla yaşanan anksiyete ve depresyon düzeyleri benzerdir (9).

4. 4. 7. 1. 1. 2. Mastektomi

Günümüzde mastektominin çeşitleri bulunmaktadır. “Radikal Mastektomi” yöntemi 1880 yılında William Halsted tarafından geliştirilmiştir ve o dönemdeki hastaların tümörleri pektoralis major kasına yayılacak kadar büyüktür. Operasyon, memenin aksiller lenf nodlarının, pektoralis major ve minör kaslarının çıkarılmasından oluşmaktadır (5, 9).

Sonralarda Patey ve Dyson, Halsted’in geliştirdiği ameliyatı 1950’li yıllarda modifiye ederek meme dokusu, pektoralis major kasının fasyası ve koltukaltı lenf dokusunu çıkarma yoluna gitmişlerdir ve bu tekniğe “Modifiye Radikal Mastektomi” demişlerdir (5, 8, 9, 44).

Şema 7 – Mastektomi Endikasyonları

- ✓ Radyoterapinin olmaması ya da uygulanamaması
- ✓ Hastanın mastektomi olmayı istemesi
- ✓ Memede birden fazla malign odağın olması
- ✓ Meme koruyucu cerrahinin yeterli kozmetik sonucu vermemesi

Garden O.J., Bradbury A.W., Forsthe J.L.R., Parks R.W.: Principles and Practice of Surgery, 5th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, Spain, 2007, p: 383.

4. 4. 7. 1. 1. 3. Meme Cerrahisi Komplikeasyonları

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde girişim boyutunun gittikçe azaldığı gözlenmektedir. Bu nedenle cerrahi tedavi sırasında ve sonradan ortaya çıkabilecek komplikeasyonların görülme biçimi ve sıklığı değişkenlik göstermektedir (44).

Mastektomi sonrası enfeksiyon görülme sıklığı % 2.7 – 14 arasında değişmektedir. Mastektomi temiz bir cerrahi girişim olduğundan profilaktik antibiyotik de gerektirmez. Hastalarda post operatif dönemde enfeksiyona neden olabilecek hazırlayıcı faktörler arasında ileri yaş, diyabet, immunosupresif tedavi, cilt nekrozları, uzun süren drenajlar ve kötü beslenme yer almaktadır (44).

Olası komplikeasyonlardan biri de cilt nekrozudur. Hazırlayıcı nedenleri arasında cildin çok ince olarak hazırlanması, sıkı bandaj yapılması, vertikal kesiler ve yara kenarlarının gergin dikilmesi gibi nedenler sayılabilir (44).

Mastektomi sonrası en önemli ve hastayı en fazla rahatsız eden komplikeasyonlardan biri de seroma oluşumudur. Seroma koltukaltı ve göğüs duvarında, kas üzerinde kesilen küçük lenf damarlarından olan sızıntılardan oluşmaktadır ve hastaların %45'inde görülebilir. Özellikle şişman ve aksiler tutulumu olan hastalarda seroma görülme sıklığı daha fazladır. Ayrıca post operatif dönemde opere edilen taraftaki kolun erken kullanılması da seroma oranını arttırabilir (44).

Koltukaltı diseksiyonu yapılırken lenf damarlarının kesilmesi veya çıkarılması kolda ödem oluşmasına neden olabilir. *Lenfödem* denilen bu durumun görülme sıklığı %15–20 arasında değişmektedir. Bu nedenle ameliyattan önce hastanın dirseğinin 10 cm altından veya üstünden kol ölçüsü alınmalıdır. Ameliyat sonrası ölçümlerdeki 2 cm'lik bir artış lenfödem anlamına gelmektedir (20, 43, 44).

Ayrıca hastalara lenfödemden kaçınmaları için kola enjeksiyon yaptırmaması, tansiyon ölçtürmemesi, ağır yükler taşımaması, el ve tırnak bakımında dikkatli

olması, aşırı güneş ışınlarından sakınması, etkilenen kola takı takmaması ve o koluyla aşırı egzersiz yapmaktan kaçınması gerektiği öğretilmelidir. Kol yüksekte tutulmalı ve uyurken de kol altına yastık konmalıdır. Masaj yapıp bandaj da uygulanabilir (20, 44).

4. 4. 7. 1. 1. 4. Meme Cerrahisinde Hemşirelik Yaklaşımları

Meme cerrahisinde ameliyat sonrası dönemdeki hemşirelik yaklaşımları hastanın fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin giderilmesinde büyük öneme sahiptir. Ameliyat sonrası, hastada şu gibi gereksinimler saptanabilir (37):

- ◇ Ağrı ve huzursuzluk
- ◇ Cerrahi insizyona bağlı deri bütünlüğünde bozulma
- ◇ Mastektomiye bağlı beden imajında bozulma
- ◇ Ameliyat edilen taraftaki kolda oluşan hareket kısıtlılığına bağlı öz – bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersizlik.
- ◇ Vücudun bir kısmını kaybederek, dış görünümde oluşan değişiklikle beraber bu değişikliğe partnerinin vereceği tepkiye duyulan korkuya bağlı olası seksüel disfonksiyon.

Yukarıda sayılan gereksinimlerin karşılanmasında hemşirenin rolü büyüktür. Bu gereksinimleri karşılamada hemşirenin yapması ve dikkat etmesi gereken uygulamalar şöyledir (37):

◇ **Ağrı ve Huzursuzluğu Gidermek:** Hastalar farklı derecelerde ve şiddette ağrı çekerler ve bu nedenle hemşirelik bakımı ayrı önem taşır. Bazı hastalar etkilenen kolda ve göğüs duvarında ağrı ve rahatsızlık tanımlarken bazı hastalar sadece insizyonel ağrı tanımlayabilir. Etkilenen kolun hafif elevasyonu ağrıyı rahatlatacak uygulamalardan biridir. Ayrıca Hasta Kontrollü Analjezi (Patient Controlled Analgesia – PCA) de ağrıyı gidermede ve hastanın rahatlamasını sağlamada önemli bir destektir (37).

◆ **Deri Bütünlüğünü Sağlamak:** Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın cerrahi insizyonu üzerinde rahat ve sıkmayan bir pansuman, bir veya birden fazla da dren olacaktır. Pansuman ve drenler kanama yönünden gözlenmeli ve dren miktarı takip edilmelidir. Önceleri drene gelen mayi kanlı görünümde olacaktır ama 1 – 2 gün içerisinde seröz bir hal alacaktır. Dren genellikle bir hafta süreyle ya da gelen miktar 24 saatte 30 ml’den az olana kadar tutulur. Genellikle hastalar drenle birlikte taburcu edilirler ve dreni nasıl boşaltacakları ve takip edecekleri konusunda eğitilmelidirler (37).

Pansuman değişimleri hemşire ve hastanın insizyon yerini değerlendirmesine fırsat tanır ve böylece görünümdeki ilerleyici değişiklikler, nasıl görüldüğü ve hissettirdiği tartışılır. Hasta, ameliyat nedeniyle oluşan sinir hasarı sebebiyle ameliyat alanındaki hassasiyetin azalacağı konusunda bilgilendirilmeli ve incinmelerden korunması gerektiği vurgulanmalıdır. Hastaya enfeksiyonun ya da iritasyonun belirtilerini tanımasını öğretmek de önemlidir. “Yara” kelimesinden çok “insizyon” teriminin kullanılması da hastada fiziksel değişime eşlik eden deformite ve bozulma duygusunu en aza indirecektir. Cerrahi alan iyileştikten sonra da hastaya, o alana E vitamini içeren ya da doku sirkülasyonunu ve cilt elastikiyetini arttıran losyonlar ile nazikçe masaj yapmasının önemi vurgulanmalıdır (31, 37).

◆ **Stresi Azaltma ve Başa Çıkma Becerilerini Geliştirme:** Hasta insizyon yerine bakmaktan rahatsızlık duyabilir. Kişi ne kadar hazırlanmış olursa olsun yine de kişinin kendi insizyonuna bakması güç olabilir. Burada hemşire dikkatli davranmalıdır ve hastanın duygularına karşı saygılı ve hassas yaklaşmalıdır (37).

Hastanın destek sisteminin değerlendirilmesi önemlidir ve hastanın eşi veya partneri varsa onun da rehberlik, destek ve eğitim ihtiyacı olacaktır. Ek olarak hasta, dernek vb. topluluklardan da yardım görebilir (37).

Diğer önemli hemşirelik bakımı ise hastanın sorularına yanıt vermek ve ameliyat sonrası tedavi seçenekleriyle ilgili kaygılarını doğru yönlendirmektir. Hastanın tedavi planı hakkında bilgili olmak ve hastayı sağlık ekibine soru sorma konusunda desteklemek hastanın iyileşme dönemindeki başa çıkma becerisini geliştirecektir (37).

◇ **Öz Bakımı Yükseltmek:** Hastalar ameliyat sonrası ödem ve ödemi önleme stratejileri hakkında bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Ameliyat alanındaki kesiler, morluklar ve enfeksiyon, lenfödem gelişme riskini arttırmaktadır. Dikkatli hasta eğitimi ve eğitimin pekiştirilmesi hastanın bilgiyi iyi almasını sağlayacaktır. Broşür, kitaplar veya destek grupları da fayda sağlayacaktır (37).

Hasta anestezinin etkisinden kurtulup sıvıları tolere edebildiğinde hastanın yürütülmesi de hastayı destekleyici bir uygulamadır. Hemşire, hastayı opere olmamış tarafından destekleyerek kalkmasına yardımcı olur. Drenler çıktıktan sonra da pasif hareket egzersizleri yaptırılarak dolaşımın ve kas gücünün artması ve eklem katılığının önlenmesi sağlanmalıdır. El egzersizleri de ayrı bir öneme sahiptir. Diş fırçalamak, yüz yıkamak, saç taramak gibi öz bakım aktiviteleri de hem fiziksel hem de duygusal açıdan terapötik özelliktedir. “Duvara Tırmanma Egzersizi” gibi parmak egzersizleri de hastayı kolunu kullanma ve kontraktür oluşumunu önleme konusunda cesaretlendirecektir (37).

Normal ev aktiviteleri ve işle ilgili kol hareketleri kas tonüsü için önemlidir. Yürürken kolların da hareket etmesi, ameliyat yerinin temiz tutulması, kolun veya omzun incinmesinin önlenmesi, hafif ve sıkmayan kıyafetlerin giyilmesinin sağlanması hasta eğitimindeki önemli unsurlardır (37).

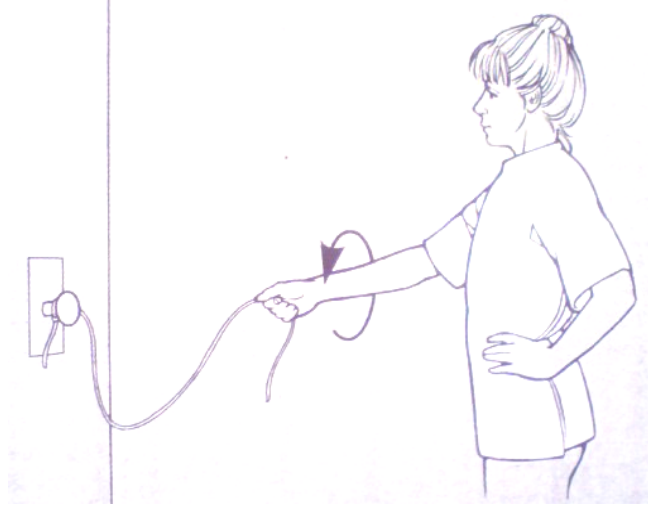
Hastanın evde uygulayabileceği egzersizler Şema 8’de gösterildiği gibidir.

Şema 8 – Mastektomi Sonrası Egzersizler

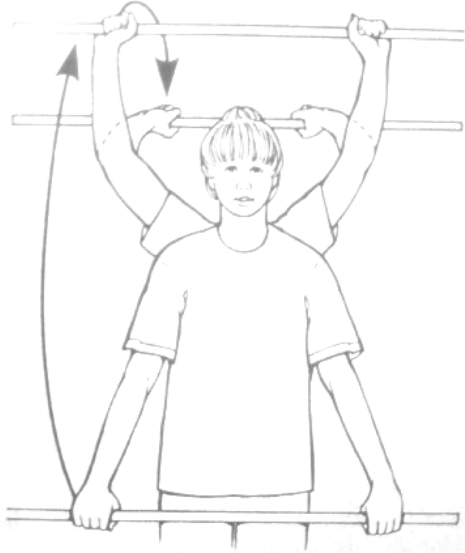
Duvara Tırmanma Hareketi



İp Çevirme Hareketi



Değnek Kaldırma Hareketi



İp Çekme Hareketi



Semltzer S.C., Bare B.G.: Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 8th Edition. Lippincott-Raven Publishers, 1996, p: 1322,1323.

◇ **Seksüel Aktiviteyi İyileştirmek:** Hastanın beden imajındaki ve özgüvenindeki değişim veya partnerinin duruma olan cevabı çiftin anksiyete düzeyini arttırabilir ve seksüel aktivitede değişiklik oluşturabilir. Bazı partnerler insizyona bakmakta güçlük çekerken bazıları etkilenmemiş ve rahat görünebilirler. Her iki cevap da hastanın öz-imajını, seksüalitesini ve kabul görmesini etkileyebilir. Hastanın kendisini nasıl gördüğü ve halsizlik, kusma ya da anksiyeteye bağlı libido kaybı hakkında konuşulması hastaya ve partnerine yardımcı olacaktır. Yanlış anlaşılmanın da (“Kanser seks ile ya da temas ile bulaşabilir”) önüne geçmek gereklidir. Çiftin stresini azaltmak için korkularını, ihtiyaçlarını ve arzularını açıklamaya cesaretlendirilmelidir (37).

4. 4. 7. 1. 1. 5. Meme Cerrahisinden Sonra Hasta Eğitimi

Meme cerrahisi sonrası özellikle mastektomi yapılan hastalarda hasta eğitimi büyük önem taşımaktadır. Mastektomiden sonra hastalar hastanede çok uzun süre kalmazlar ve sıklıkla ameliyatı izleyen günlerde drenler ile birlikte taburcu olurlar. (37, 43).

Taburculuk hazırlığında hemşire hastanın kendi bakımını sürdürmeye hazır olup olmadığını değerlendirmelidir. Ayrıca hastanın eve dönerek daha önceki aktivite ve rollerine devam etme konusundaki psikolojik durumu ve duygusal hazırlığı da değerlendirilmelidir. Bu nedenle erken taburculuk eğitimi konusunda hazırlıklı olmak ve evde bakım için planlar oluşturmak önemlidir (37, 43).

Taburculuk yapılmadan önce dikkat edilmesi gereken unsurlar şöyledir (43):

- İnsizyon ve dren bakımı anlatılmalı ya da evde bakım hemşiresi sağlanmalıdır.
- Evdeki aile desteği değerlendirilmelidir.

- Ameliyat yerinde akıntı ya da insizyon çevresinde sararma, siyahlaşma gibi bozulmuş yara yeri iyileşmesi belirtileri aranmalı ve varsa rapor edilmelidir.
- Kol egzersizlerinin devamlılığının önemi vurgulanmalıdır.
- Cerrah tarafından yapılacak olan sonraki muayeneler düzenlenmelidir.
- Hasta, reçete edilen ilaçlarını alması konusunda eğitilmelidir.
- Hastaya göğüs duvarında ve kolunun iç tarafında; aksilladan dirseğe kadar olan alanda hissizlik veya karıncalanma gibi bir his kalabileceği ve bu hissin ortadan kalkmasının bir yıl gibi uzun bir süre alabileceği anlatılmalıdır.
- Eğer hastanın cildi kurumaya yatkınsa kola krem veya losyon uygulaması önerilmelidir.
- Hastaya protez seçerken normal meme konturlerine benzeyen, içi sıvı dolu, normal meme dokusu hissi veren ve hatta vücut ısısını dağıtan protezler olduğu açıklanmalıdır.
- Hastaya ameliyat edilen taraftaki kolu ile tekrarlayan kuvvetli hareketler yapmaması ve 6 – 7 kg'dan fazla yük kaldırmaması veya taşımaması söylenmelidir.
- Etkilenen kol üzerine yatmaması ve kol dolaşımını bozabilecek sıkı kıyafetler giymemesi açıklanmalıdır.
- Mastektomi yapılan taraftaki koldan kan basıncı ölçümü, enjeksiyon, kan alma ya da intravenöz infüzyon başlanmasının kontrendike olduğu önemle vurgulanmalıdır.
- Ev veya bahçe işi yaparken yaralanmayı ve dolayısıyla geç iyileşen bir yarayı ya da enfeksiyonu önlemek için eldiven giyerek önlem alması gerektiği açıklanmalıdır.
- Koltukaltı tüylerini almak için elektrikli traş makinesi kullanmasının önemi vurgulanmalıdır.

- Her ay sağlam memeye dzenli meme muayenesi yapması konusunda eğitilmeli ve her yıl hekim tarafından mamogram eğliğinde muayene olmasının önemi anlatılmalıdır.

4. 4. 7. 1. 2. Rekonstruksiyon

Meme rekonstruksiyonu; mastektomi yapılan alanın yeniden biçimlendirilerek isteğe bağlı olarak areola ve meme ucunu da kapsayan bir meme oluşturulmasını içeren cerrahi bir yöntemdir. Prosedür salin dolu yapay implantlarla ya da otojenez (kendi) dokusu ile yapılır. Rekonstruksiyon mastektomi yapılırken yeterli doku varsa da yapılabilir ya da daha sonra da yapılabilir (43).

Meme rekonstruksiyonunda kullanılan malzemelerden biri yapay implantlardır. Bir implantın optimum kozmetik görünümü sağlayabilmesi için cildin ve göğüs duvarındaki dokunun doldurulmak üzere diğer göğüs kadar alan sağlayabilmesi için genişlemesi gerekmektedir. Bu dokunun genişlemesi göğüs duvarının şişirilebilir bir cep veya salin solu bir cep ile gerilmesi ile gerçekleşir (43).

Silikon implantlar, bağ doku ve otoimmün hastalıklar arasında bir korelasyon henüz bulunmamasına karşın klinik deneylerde silikon implantlar yine de çok tercih edilmemektedir. Onun yerine salin implantlar günümüzde daha çok tercih edilmektedir (43).

Memenin otojenez doku ile rekonstruksiyonu gerçek meme dokusuna yakın görüntüde ve öyle hissedilen bir sonuç vermektedir. Doku, abdominoplasti operasyonunda yapıldığı gibi rektus abdominis kası ve çevresindeki yağ dokusu ile birlikte alınır (43).

Eğer hasta meme ucunun da rekonstrukt edilmesini isterse diğer meme dokusundan, kulaktan ya da dilden doku alınabilir. Areola dokusu, benzer renkteki

vajinal labia dokuları kullanılarak oluşturulabileceği gibi renkli dövme ile de oluşturulabilir (43).

4. 4. 7. 1. 3. Radyoterapi

Radyoterapide kanserli hücreleri yok etmek için yüksek enerjili iyonize radyasyon kullanılır. Hücrenin yok edilmesi hücre fonksiyonunun ve bölünebilirliğinin bozulması ve DNA moleküllerinin başkalaşıma uğraması ile gerçekleşir. Hücre ölümü hızla olabilir ya da çoğalamadığı zaman gerçekleşir. Radyoterapinin avantajı çevresindeki sağlıklı dokuya zarar vermeden hızlı bir şekilde bölünen malign dokuyu yok etmesidir. Normal ve malign dokuların her ikisi de yok edilebilir ama hızlı bölünen malign dokular radyasyona karşı daha hassastır. Kanserli hastaların yaklaşık %60'ı tedavi süreçlerinde radyasyon almakta ve bunların %60'ı hastalıklarından arınmaktadır (43).

Meme kanserinin tedavisinde kullanılan eksternal radyasyon tedavisinde hastanın vücudunda bir işaret kalemiyle ya da dövme ile tedavi planının referans noktaları işaretlenir. Hastaya tedavi bitimine kadar işaretlenen bölgeyi yıkamaması gerektiği söylenir (43).

Radyoterapide beklenen yan etkiler arasında yanma (eritem; ciltte lokal kızalık ve inflamasyon), tat almada değişiklik veya kayıp, bulantı, kusma, halsizlik, kemik iliği depresyonu ve buna bağlı anemi, lökopeni ya da trombositopeni yer almaktadır (43).

Radyoterapi alan hastada hemşirenin dikkat etmesi gereken unsurlar şöyledir:

- Radyasyonun güvenliği hakkında; diğer insanlara, tümöre olan etkisi ve yan etkileri konusunda hastayı bilgilendirmek,
- Hastaya yapılacak olan radyoterapi prosedürü hakkında bilgi vermek,
- Beslenme gereksinimleri konusunda açıklamalarda bulunmak,

- Hastayı ciltteki ve mukoz membrandaki ve özellikle tedavi edilen alandaki değişiklikler açısından değerlendirmek,
- Radyasyonun cilt üzerindeki etkilerinin kızarıklık, yanma, soyulma, karışma, saç dökülmesi ve terlemede azalma gibi etkiler olabileceği konusunda hastayı bilgilendirmek,
- Radyoterapi işaretlerini silmeden yumuşak bir sabunla ve ılık suyla temizlenebileceğini anlatmak,
- Traş olma ihtiyacında elektrikli traş makinelerini kullanması gerektiğini anlatmak,
- Su bazlı nemlendiriciler ile cildini nemlendirebileceğini anlatmak,
- Sıkmayan pamuklu giysiler giymesi gerektiğini anlatmak,
- Cildi güneş ışınlarından, klordan ve rüzgardan koruması gerektiğini vurgulamak,
- Su toplaması görüldüğünde hemen bildirmesini gerektiğini vurgulamak,
- Ağızda yanma, ağrı, açık yara ya da yutkunma problemi olduğunda bildirmesi gerektiğini ve alkolsüz gargaralardan kullanabileceğini anlatmak,
- Yumuşak uçlu diş fırçası kullanmasını ve elektrikli diş fırçalarından kaçınmasını anlatmak,
- Dudaklarının nemlendiriciler kullanarak nemli kalmasını sağlamasını anlatmak,
- Alkollü içeceklerden, çok sıcak yiyecek ve içeceklerden, asitli yiyeceklerden ve tütün ürünlerinden uzak durması gerektiğini anlatmak,
- Lezyonları değerlendirmek – gerekirse kültür almak,
- Hastayı kemik iliği depresyonu belirtileri açısından gözlemek,
- Hastayı radyoterapiye ilişkin korkularını ve anksiyetesini ifade etmesi için cesaretlendirmek,

- Halsizliğin radyasyonun sık görülen yan etkilerinden biri olduğu konusunda bilgilendirmek.

4. 4. 7. 2. Sistemik Tedavi

4. 4. 7. 2. 1. Kemoterapi

Kemoterapi mikrometastatik yayılımı önlemek amacıyla uygulanmaktadır. Meme kanseri kemoterapisinde tümör hücrelerini yok etmek ve tedavi direncini azaltmak için birtakım ajanlar kullanılır. Bu antineoplastik ajanlar tümör hücrelerinin bölünüp çoğalma özelliklerine göre sınıflandırılır. Meme kanseri tedavisinde en çok kullanılan kombinasyonlar Cytoxan (C), Methotrexate (M), Fluorouracil (F) ve Adriamycin (A)'dır. ACMF ya da CAF kombinasyonları en sık kullanılan tedavi protokolleridir. Hangi kombinasyon protokolünün uygulanacağı hastanın yaşına, fiziksel durumuna ve hastalık durumuna bağlıdır (37, 43).

Kemoterapi öncelikle lokalize ve cerrahi girişim ya da radyasyonla tedavisi yapılamayan sistemik rahatsızlıkların tedavisinde kullanılır. Ayrıca radyoterapi ve cerrahi girişimle birlikte de kemoterapi kullanılabilir. Ameliyat öncesinde tümörün boyutunu küçültmek ya da ameliyat sonrasında kalan tümörleri yok etmek için de kemoterapi tercih edilebilir (37).

Kemoterapiyle yüzleşen hastalarda yan etkilere karşı oluşan anksiyete en sık verilen cevaplardan biridir. Oysaki günümüzde kemoterapinin yan etkileriyle kolaylıkla baş edilebilmekte ve hastalar günlük işlerine ve rutin programlarına dönebilmektedirler. Kemoterapinin yan etkileriyle baş edilmesinde onkoloji hemşirelerinin, onkologların, sosyal hizmet çalışanlarının ve diğer sağlık ekibi üyelerinin hastayı psikolojik olarak hazırlamada rolü büyüktür (37).

Kemoterapi alan hastalarda hemşirelik uygulamaları kemoterapik ilacın türüne, verilen doza ve veriliş yoluna bağlı olarak değişiklik gösterir. Bazı hastalar

biraz rahatsızlık ya da birkaç yan etki yaşarken bazıları şiddetli semptomlar yaşayabilmektedir (43).

Kemoterapide sıklıkla görülen yan etkiler şunlardır (37, 42, 43):

- **Bulantı ve Kusma:** Kemoterapi uygulamasından sonraki ilk 24 saat içinde bulantı ve kusma görülmesi en sık karşılaşılan yan etkilerden biridir ve birleşik antiemetiklerin kullanımı bulantı ve kusmanın sıklığını ve şiddetini azaltmada yardımcı olmaktadır.
- **Stomatit:** Ağızda enflamasyon, yara veya ağrı ağızdaki epitelyal dokunun tahribatı sonucu oluşur. Buna bağlı tat alma değişiklikleri görülebilir.
- **Alopesi (Saç Dökülmesi):** Hızla büyüyen saç foliküllerinin kemoterapiden etkilenmesi sonucu oluşur.
- **Kemik İliği Depresyonu:** Kemoterapinin kırmızı ve beyaz kan hücresi üretimini baskılaması sonucu ortaya çıkar. Eğer kemik iliği depresyonu çok şiddetli ise o zaman şiddetli anemi, kanamaya eğilim, lökopeni ve trombositopeni görülebilir.
- **Halsizlik:** Yukarıda sözü geçen yan etkilerden dolayı ve hücre yıkımı ile artan metabolik hız sebebiyle sık görülen yan etkilerden biridir.

Kemoterapi alacak hastada hemşirenin dikkat etmesi gereken unsurlar şöyledir:

- Kemoterapi tedavisinin olduğu tüm günler hastaya hatırlatılmalıdır (43).
- Hekim ya da sağlık bakım profesyonellerince diyet, sıvı alımı ve bildirilmesi gereken yan etkiler konusunda yapılan öneriler üzerinde durmalıdır (43).
- Eğer saç kaybı bekleniyorsa tedavi başlamadan önce bir şapka, peruk ya da eşarp edinmesi sağlanmalı, saçların tedaviden 4 – 6 ay sonra

tekrar çıkacağı ve eski saç rengi ve yapısından biraz farklı olabileceği açıklanmalıdır (37, 43).

- Önerildiği gibi muayene ve değerlendirmelerine periyodik olarak gelmesi sağlanmalıdır (43).

4. 4. 7. 2. 2. Hormonal Tedavi

Hormonal tedavi için karar vermede östrojen ve progesteron reseptörlerinin biyopsiden alınan örnekte görülüp görülmemesi etkili olmaktadır. Günümüzde östrojen reseptörü pozitif olan hastalarda hormonal tedaviden büyük fayda sağlanmaktadır ki; mortaliteyi %28 oranında 10 yıl azalttığı bilinmektedir. Hormonal tedavide overlerin çıkarılması, Tamoxifen gibi selektif östrojen reseptör modülatörleri ve aromataz inhibitörlerinin kullanılması gibi protokoller de yer almaktadır (37).

4. 4. 7. 2. 3. Kemik İliği Transplantasyonu

Kemoterapi ve radyoterapinin dozları kemik iliği toksisitelerine bağlı olarak sınırlıdır ve bu nedenle kemik iliği transplantasyonu gittikçe daha çok kullanılmaktadır. Çalışmalar göstermektedir ki otolog olarak yapılan kemik iliği transplantasyonu kadınlarda %50 - %80 arasında yanıt verirken %30'u birkaç yıl içerisinde tam cevap vermektedir (37).

Günümüzde hastaya yüksek dozda kemoterapi vermeden önce kemik iliğinin alınması ve kemoterapiden sonra intravenöz olarak kemoterapiden etkilenmemiş kemik iliğinin tekrar verilmesi prosedürü uygulanmaktadır ve bu uygulama deneyimli transplantasyon merkezlerinde uygulanması enfeksiyonun önlenmesi açısından çok önemlidir (37).

Kemik iliği transplantasyonu yapılan hastada hemşirenin dikkat etmesi gereken unsurlar şöyledir (43):

- Hastanın beslenme durumunu değerlendirmek,
- Hastada enfeksiyon belirtilerini gözlemek,

- Hastada renal yetmezlik belirtilerini gözlemek,
- Hastada iritabilite, pulmoner infiltrasyon, hepatit, splenomegali, büyümüş lenf nodları, anemi, sepsis, diyare, makülopapüler kızarıklıklar ve cilt döküntüleri belirtileri gözlemek,
- Koruyucu izolasyon uygulamak,
- Hastayı hijyenini sağlaması konusunda takip etmek,
- Enfeksiyondan korunma, doku reddinin belirtileri, uyulması gereken önemli tıbbi kurallar ve beslenme ihtiyaçları konusunda hastaya bilgi sağlamak,
- Anksiyete ve korkularını açıklaması konusunda hastayı cesaretlendirmek,
- İyileşme dönemi ile ilgili ön bilgi sağlamak.

4. 4. 7. 3. Gen Tedavisi

Birçok kanser türünün genlerdeki başkalaşım sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Tedavi stratejileri arasında da bu doğrultuda hastalıklı genin yerine sağlıklı geni koymak ve böylece kansere sebep olan kusurlu genleri inhibe etmek yer almaktadır. Günümüzde gen tedavisinin diğer tedavilerle sonuç alınamayan beyin tümörleri, melanoma, böbrek, meme ve kolon kanserlerinde olan etkinliği araştırılmaktadır (43).

4. 4. 8. Meme Kanserinin Psikososyal Boyutu ve Hemşirelik

Kanser tanısı almak korkutucu bir olaydır. Hastada, üzüntü, korku, öfke ve keder gibi doğal ve anlaşılabilir duygular oluşabilir. Meme kanseri, kanser türleri arasında kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden biridir. Aynı zamanda cerrahi tedavisi gereği (total mastektomi) beden imajı üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bu olumsuz etkiler de göz önüne alındığında meme kanseri, beraberinde psikososyal sorunları da getiren bir hastalıktır (2, 25, 43).

4. 4. 8. 1. Kanser ve Ruhsal Durum

Kanser, psikolojik etkileri oldukça yoğun yaşanan ve hasta bireyin çeşitli korkular yaşamasına sebep olan kronik bir hastalıktır. Sadece fiziksel hastalık boyutundan ibaret olmayan kanser; yaşamın psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutuyla da iç içedir. Dolayısıyla hastanın uyum mekanizmaları zarar görecektir ve bu olumsuz değişiklikler hem hastayı hem de ailesini olumsuz etkileyecektir (36).

Hasta, kanseri geçmiş yaşantılarının bir cezalandırması olarak görebilir ya da yeterince sağlıklı bir yaşantı sürmediği için kanser olduğunu düşünebilir. Ayrıca hastalar, kontrol altına alamadıkları bir durum olduğundan tanıya karşı öfke geliştirebilirler (43).

Kanserli hastalarda tanı konmasının ardından gelişen duygusal tepkileri Kübler-Ross şöyle tanımlamıştır (36):

- **Ümit:** Hastaya iyileşmeyeceği söylense dahi iyileşebileceğine dair inanç taşımaktadır.
- **İnkâr:** Hasta ölmekte olduğunu inkar ederek *"Ben kanser olamam!"* gibi tepkilerde bulunur.
- **Öfke ve Düşmanlık:** Hasta *"Neden ben?"* gibi sorular yönelterek başına gelenlerin haksızlık olduğunu düşünür.
- **Pazarlık:** Hasta Allah'la, hekimle ya da başka biriyle pazarlık ederek ölümü erteleme çabası içindedir.
- **Depresyon:** Hasta tüm çabalara rağmen durumunda bir değişiklik olmadığında depresyon gelişmeye başlar.
- **Kabullenme:** Hastanın, hastalığa karşı olan tepkileri bu dönemde azalır ve bununla birlikte hastanın çevresi ile olan ilişkisi azalır.

Sayılan bu duygusal tepkileri panik bozukluğu, uyum bozukluğu ve organik beyin sendromu gibi bozukluklar izler (36).

Total mastektominin hastanın yaşantısında hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası dönemde farklı etkileri olmaktadır. Ameliyat öncesinde daha çok korku ve anksiyeteye birlikte kaygı ve iletişim problemleri ortaya çıkarken, ameliyat sonrasında kadının beden imajındaki kaybı nedeniyle benlik tasarımı, dış görünüm ve hastalıkla ilgili korku ve endişeler ortaya çıkmaktadır (2).

4. 4. 8. 2. Kanser ve Sosyal Destek

Kanser hastalarının yaşadığı psikolojik problemlerle başa çıkmada onlara yardımcı olabilecek en önemli kaynaklardan biri sosyal destektir. Bu güç durumda hastaya sağlanan sosyal destek; bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Bu gereksinimlerin karşılanmasının kanserli hastada önemi çok daha fazladır. Kanser hastalarının özellikle ailelerinden aldıkları sosyal destek; hastanın kansere karşı olan fiziksel ve psikolojik uyumları kolaylaştırır (36).

Diğer yandan kanser tanısı var olan sosyal destek ağının zarar görmesine de neden olabilir. Meme kanseri, ailevi ve sosyal yaşantıda rol ve sorumluluk değişikliklerine neden olmaktadır. Mastektomiden sonra bazı kadınların depresyona girdikleri veya kızgınlık tepkisi geliştirdikleri bilinmektedir. Bu dönemde kadın aile ve arkadaşlarından geri çekilebilir, duygusal gerilemeler yaşayabilir ve hatta bazen eşine ve ailesine suçlamalarda bulunabilir. Kanser sadece hastayı değil onun en yakın çevresini, ailesini ve arkadaşlarını da olumsuz şekilde etkilemektedir. Hastalık sürecinde bazı aile üyeleri birbirinden uzaklaşırken bazıları ise birbirine daha fazla yakınlaşabilir. Fakat aile ilişkilerinde bu gibi belirsizliklerin olması hastanın sosyal destek gereksinimlerinde artmaya neden olmaktadır (2, 11, 36).

Aileden ve yakın çevreden alınan sosyal desteğin yanı sıra sağlık profesyonellerinden alınan sosyal destek de kanserli hastalar için ayrı bir öneme sahiptir. Hastalar hemşirelerinden, sıklıkla güven desteği ve duygusal destek almaya

ihtiyaç duyarken hekimlerinden ise bilgi yönünde destek almayı tercih etmektedirler (36).

Tüm bu nedenlerle ameliyat öncesinde psikososyal açıdan kontrollü bir dönem geçirmek ameliyat sonrasında rahat bir dönem geçirmek için oldukça gereklidir. Bu nedenle ameliyat öncesinde hastanın ve ailesinin bilgi gereksinimi karşılanmalı ve gerekli psikososyal destek sağlanmalıdır. Böylece hasta ve ailesinin kaygıları azalarak tedaviye uyumunu ve katılımını kolaylaştıracaktır. Burada liyezon psikiyatrisi ile onkoloji birimleri arasında yakın işbirliği sağlanması büyük önem taşımaktadır (2).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5. 1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma, meme cerrahisi geçirmiş kadınların ruhsal durumlarının ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlandı.

5. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 07.04.2008 – 28.04.2008 tarihleri arasında İstanbul il sınırları içerisindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin onkoloji biriminde hasta yoğunluğunun fazla olduğu Pazartesi ve Salı günleri gerçekleştirildi.

5. 3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 07.04.2008 – 28.04.2008 tarihleri arasında onkoloji polikliniğine başvuran, meme kanseri teşhisi almış ve total mastektomi veya meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlar oluştururken örnekleme ise evreni oluşturan kadınlardan araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama araçlarına eksiksiz yanıt veren 100 kadın oluşturdu.

5. 3. 1. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem seçiminde aşağıda yer alan kriterler şöyledir:

- Kadın cinsiyeti
- Meme kanseri teşhisi almış olmak
- Meme cerrahisinin üzerinden en az 1 ay süre geçmiş olması
- Araştırmaya katılmaya istekli olmak

5. 4. Verilerin Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Sosyo – Demografik Bilgi Toplama Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile toplandı.

❖ **Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu:** Araştırmaya katılan kadınların demografik bilgilerini, sosyal yaşam özelliklerini, sağlık alışkanlıklarını, meme kanserinin risk faktörlerine ilişkin özelliklerini, tedavilerini ve ameliyat sonrası oluşan yaşamsal değişiklikleri içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bir formdur.

❖ **Kısa Semptom Envanteri:** L. R. Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilen ve 1994 yılında Nesrin Hisli Şahin ve Ayşegül Durak tarafından Türkçe'ye uyarlanan Kısa Semptom Ölçeği 53 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular 9 alt ölçeği ve ek maddeleri içermektedir. Her bir sorudan alınabilecek minimum puan "0" maksimum puan "4"tür. Alt ölçekler ve ek maddelerin sorulara göre dağılımı aşağıda verildiği şekildedir (36):

- ◇ **Somatizasyon:** 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37
- ◇ **Obsesif – Kompulsif Bozukluk:** 5, 15, 26, 27, 32, 36
- ◇ **Kişilerarası Duyarlılık:** 20, 21, 22, 42
- ◇ **Depresyon:** 9, 16, 17, 18, 35, 50
- ◇ **Anksiyete Bozukluğu:** 1, 12, 19, 38, 45, 49
- ◇ **Hostilite:** 6, 13, 40, 41, 46
- ◇ **Fobik Anksiyete:** 8, 28, 31, 43, 47
- ◇ **Paranoid Düşünceler:** 4, 10, 24, 48, 51
- ◇ **Psikotizm:** 3, 14, 34, 44, 53
- ◇ **Ek Maddeler:** 11, 25, 39, 52

- **Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi:** Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir. İndeks puanlarının yükselmesi psikopatolojik durumun varlığı ile doğru orantılıdır.
- **Belirti Toplamı İndeksi:** "0" olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) "1" olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.
- **Semptom Rahatsızlık İndeksi:** Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.

Kısa Semptom Envanteri'nin alt boyutlarının taşıdığı anlamlar özetle şöyledir:

☑ **Somatizasyon:** Bedenselleştirme anlamına da gelmektedir. Somatizasyon bozukluğu fiziksel ve laboratuvar incelemeleri sonucunda organik bir neden ile açıklanamayan birçok somatik belirtinin bir arada bulunduğu bir durumdur (21, 32).

☑ **Obsesif – Kompulsif Bozukluk:** Obsesyonların (saplantı) ve/veya kompulsyonların (zorlantı) tabloya egemen olduğu, bireyin mesleğini, günlük yaşamını, sosyal faaliyetlerini ve kişiler arası ilişkilerini etkileyen bir anksiyete bozukluğudur (21, 32).

☑ **Kişiler Arası Duyarlılık:** Kişilerarası ilişkilerde duyarlılığa sahip bireylerde kolaylıkla incinme, başkalarınca önemsenmediğine ve kendisine kötü davranıldığına inanma, başkalarının yanında yanlış bir şey yapmamaya özen gösterme gibi yaşantılara neden olarak kişiler arası ilişkilerde problemler yaşanmasına neden olan bir durumdur (12).

☑ **Depresyon:** Duygu durumunda çöküntü/depresyon. Bu tanım bir mizacı tanımlamak için kullanıldığı zaman keder, ümitsizlik, cesaretin kırılması gibi hisleri ifade eder (21, 32).

☑ **Anksiyete Bozukluğu:** Somatik fizyolojik (çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, taşikardi, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme) belirtilerin yanında sıkıntı, heyecan, kötü bir şey olacaktı korkusu gibi psikolojik belirtiler gösteren bir bozukluktur (21, 32).

☑ **Hostilite:** Kişinin öfke duygularıyla birlikte başkalarına zarar vermek amacıyla saldırgan davranışlarda bulunmasıdır (6).

☑ **Fobik Anksiyete:** Panik bozukluğu ile birlikte veya tek başına olan agorafobi, özgül ve sosyal fobiden oluşan bozukluklardan oluşan bir anksiyete bozukluğudur (21, 32).

☑ **Paranoid Düşünceler:** Kişinin, sanrı derecesinde olmayan, kendisine haksızlık yapıldığı, rahatsız edildiği, kötülük gördüğü inançlarının olması durumudur (21, 32).

☑ **Psikotizm:** Sosyal çekilme ile olağan ev ve mesleği rolleri yerine getirememe, sosyal ve kişisel işlevlerle ciddi bozulma durumudur (21).

✓ Ayaktan tedavi görmekte olan 719 psikiyatrik 626 erkek hipertansiyon hastası ve 25 hasta olmayan kişi ile yapılmış üç farklı araştırmada Kısa Semptom Envanteri'nin 9 alt ölçeği için elde edilen Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayılarının 0,71 ve 0,85 arasında değiştiği belirtilmektedir (36).

✓ Ülkemizde yapılan üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanlarından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0,96 – 0,95 arasında, alt ölçekler için elde edilen iç tutarlılık katsayıları ise 0,55 – 0,86 değerleri arasında değişmektedir (36).

❖ **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:** Zimet, Dahlem ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren 12 soruluk bir ölçektir. Soruların her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Alt ölçek yapısı; özel bir insan, aile ve arkadaştan alınan sosyal desteği içermektedir. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (36, 10).

Ölçeğin geçerlilik güvenilirliği Zimet, Dahlem ve arkadaşları tarafından 17-22 yaşları arasında 275 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı ayrı ayrı alt ölçekler ve tüm ölçek için hesaplanmıştır. Cronbach Alfa Katsayıları şöyle bulunmuştur (10):

Algılanan Özel İnsan Desteği	α : 0,91
Algılanan Aile Desteği	α : 0,87
Algılanan Arkadaş Desteği	α : 0,85
Algılanan Toplam Destek	α : 0,88

✓ Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. 2001 yılında da yine Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirliği tekrarlanmıştır (36).

Eker ve Arkar'ın yaptıkları ilk çalışmanın bazı bulguları, evlilerin hem özel bir insan hem de aile alt ölçeklerinde daha fazla destek bildirdiklerini göstermesi sebebiyle bu durumda, bu iki alt ölçekten hangisinin eşi içerdiğinin açık olmadığı düşünülmüş ve yaptıkları ikinci çalışmalarında aile ve özel bir insan alt ölçeklerini sınırlar içine alarak bazı revizyonlar yapmışlardır (36).

İkinci çalışmada aile alt boyutuna ebeveynler, eş, çocuk ve kardeşler dahil edilmiş, özel bir insan terimi de aile dışında olan kişi (flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) olarak tanımlanmıştır (36).

Savcı (2006), 847 hasta ile yaptığı bir çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni kullanmış ve Cronbach's Alpha puanlarını Özel İnsan Desteğinde 0,938, Aile Desteğinde 0,923, Arkadaş Desteğinde 0,922 ve Toplam Sosyal Destekte 0,922 olarak bulmuştur.

5. 5. Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik ve Güvenilirliği

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin ve Kısa Semptom Envanteri'nin geçerlilik güvenilirlik katsayısı, aldıkları minimum ve maksimum puanlar, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1 – Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik Güvenilirlik Katsayıları

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach's Alpha (İç Tutarlılık)
Algılanan Özel İnsan Desteği	4,00	28,00	10,19	7,08	0,822
Algılanan Aile Desteği	4,00	28,00	8,15	6,71	0,942
Algılanan Arkadaş Desteği	3,00	28,00	11,91	8,59	0,909
Algılanan Toplam Sosyal Destek	12,00	84,00	30,25	17,53	0,892
Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach's Alpha (İç Tutarlılık)
Somatizasyon	00,00	24,00	7,93	5,73	0,781
Obsesif Kompulsif Bozukluk	00,00	22,00	7,27	5,10	0,733
Kişiler Arası Duyarlılık	00,00	16,00	5,35	3,21	0,557
Depresyon	00,00	23,00	6,04	5,53	0,837
Anksiyete Bozukluğu	00,00	20,00	7,16	4,64	0,692
Hostilite	00,00	20,00	5,70	4,48	0,741
Fobik Anksiyete	00,00	18,00	3,40	3,65	0,673
Paranoid Düşünceler	00,00	18,00	5,50	4,49	0,703
Psikotizm	00,00	15,00	3,49	3,31	0,542
Ek Maddeler	00,00	13,00	4,19	3,08	0,428
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	10,02	153,25	51,91	31,71	
Belirti Toplam İndeksi	7,00	52,00	25,25	10,41	0,899
Semptom Rahatsızlık İndeksi	10,09	153,25	52,00	31,69	

5. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov ve One Way Anova testi ile verilerin normal dağılıma uyup uymadığına ve homojen dağılıp dağılmadığına bakıldığında araştırma sonuçlarının non-parametrik testler ile değerlendirilmesi uygun görüldü. Bu doğrultuda verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

5. 7. Araştırmanın Etik Yönü

- ◇ İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırmanın uygulanması için gerekli izin alındı (Ek 9.1).
- ◇ Onkoloji birimine başvuran hastalara çalışmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alındı.
- ◇ Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan kimlik bilgileri alınmadı.
- ◇ Araştırmanın yapıldığı kurumun ismi açıklanmadı. Araştırmanın yapıldığı kuruma, araştırma sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla geri bildirimde bulunulmasına karar verildi.
- ◇ Verilerin toplanması aşamasında bazı hastaların yanında eşlerinin, çocuklarının veya arkadaşlarının bulunabiliyor olması sebebiyle hastayla görüşüldüğü esnada bu kişilerin varlığı hastanın söylemlerini değiştirebilmesi riskini taşıdığından imkanlar el verdiğince hastalarla teke tek görüşülmeye çalışıldı.

5. 8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- ◇ Araştırma veri toplamak için seçilen eğitim ve araştırma hastanesinin onkoloji birimine başvuran hastalarla sınırlıdır.
- ◇ Poliklinik sırasının gelmesini bekleyen hastalarla görüşme yapıldığından, görüşme sırasında muayene sırası gelen kimi hastaların görüşmelerinin yarım kalması sebebiyle yanıtları araştırma kapsamına alınamadı.

5. 9. Araştırmanın Varsayımları

- ◇ Meme cerrahisi, kadınların ruhsal durumunu olumsuz yönde etkiler ve sosyal destek ihtiyaçlarını arttırır.
- ◇ Genç hastalar psikososyal açıdan meme cerrahisinden daha fazla etkilenirler.

- ◇ Hastanın ve eşinin eğitim durumunun yüksek olması hastanın psikososyal durumuna olumlu etki eder.
- ◇ Hastaların gelir durumlarının iyi olması psikososyal durumlarını olumlu yönde etkiler.
- ◇ Meme cerrahisi kadınların seksüel yaşantısını olumsuz yönde etkiler.
- ◇ Ailesinde meme kanseri öyküsü olan hastaların hastalığa olan yaklaşımlarında, olmayan hastalara göre farklılıklar olabilir.
- ◇ Düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmamış olmak teşhis ve tedavi sonrasında hastada pişmanlık duygusu oluşumuna sebep olabilir.
- ◇ Silikon protezler kullanım avantajları dolayısıyla hastalar tarafından daha fazla tercih edilebilir.
- ◇ Hastalar, kemoterapide görülen şiddetli yan etkilerin radyoterapide de yaşanacağı korkusunu duyabilirler.

6. BULGULAR

Bu araştırma meme cerrahisi geçirmiş kadınların ruhsal durumlarının ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla 100 hasta ile tanımlayıcı ve analitik olarak gerçekleştirildi.

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu:

6.1. Hastaların Sosyo – Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

6.2. Kısa Semptom Envanteri'ne İlişkin Karşılaştırmalar

6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne İlişkin Karşılaştırmalar

6.4. Veri Toplama Araçlarının Korelasyonu

6.1. HASTALARIN SOSYO – DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Tablo 2 – Hastaların Sosyo – Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N= 100)

Yaş	n	%
30 yaş ve altı	2	2,0
31 - 40 yaş arası	21	21,0
41 - 50 yaş arası	29	29,0
51 - 60 yaş arası	29	29,0
61 yaş ve üzeri	19	19,0
Toplam	100	100,0

Medeni Durum	n	%
Evli	85	85,0
Dul	15	15,0
Toplam	100	100,0

Eğitim Durumu	n	%
Okuryazar değil	12	12,0
Okuryazar	6	6,0
İlkokul	59	59,0
Ortaokul	7	7,0
Lise	14	14,0
Lisans	2	2,0
Yüksek Lisans	—	—
Toplam	100	100,0

Eşinin Eğitim Durumu	n	%
Okuryazar değil	—	—
Okuryazar	5	5,7
İlkokul	53	60,2
Ortaokul	13	14,8
Lise	14	15,9
Lisans	3	3,4
Yüksek Lisans	—	—
Toplam	88	100,0

Gelir Durumu	n	%
Yetersiz	24	24,0
Orta	54	54,0
İyi	20	20,0
Çok iyi	2	2,0
Toplam	100	100,0

Yaşadığı Şehir	n	%
İstanbul	81	81,0
İstanbul dışı	19	19,0
Toplam	100	100,0

İstanbul Dışında Yaşıyorsa;	n	%
Tedavi için gelip dönüyor	11	57,9
Tedavisi bitene kadar bir yakınının yanında kalıyor	8	42,1
Tedavisi bitene kadar kirada kalıyor	—	—
Toplam	19	100,0

Tablo 2’de görüldüğü gibi; örneklem grubunun %29’u (n=29) 41 – 50 yaş arası, %29’u (n=29) 51 – 60 yaş arası, %85’i (n=85) evli, %59’u (n=59) ilkokul mezunu, %60,2’sinin (n=53) eşi ilkokul mezunu ve %54’ünün (n=54) gelir durumu orta düzeydedir. Kadınların %81’i (n=81) İstanbul ili içerisinde yaşamakta iken İstanbul dışında yaşayanların %57’si (n=11) tedavisi için İstanbul’a gelip dönmektedir.

Tablo 3 – Hastaların Yaş Ortalamasının Dağılımı (N=100)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	28	74	50,32	10,55

Tablo 3 incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması 50,32'dir. Örneklemi oluşturan hastaların en genci 28, en yaşlısı 74 yaşındadır.

Tablo 4 – Hastaların Meme Kanserinin Risk Faktörlerine Yönelik Bulgularının Dağılımı (N=100)

Çocuğu Var Mı?	n	%
Evet	94	94,0
Hayır	6	6,0
Toplam	100	100,0

Çocuk Sayısı	n	%
1 - 2 çocuk	51	54,3
3 - 4 çocuk	32	34,0
5 ve üzeri çocuk	11	11,7
Toplam	94	100,0

Gebelik Sayısı	n	%
1 - 2 gebelik	39	41,5
3 - 4 gebelik	34	36,2
5 ve üzeri gebelik	21	22,3
Toplam	94	100,0

İlk Doğum Yaşı	n	%
18 yaş ve altı	20	21,3
19 - 23 yaş	47	50,0
24 - 28 yaş	19	20,2
29 yaş ve üstü	8	8,5
Toplam	94	100,0

Menarş Sonrası Adet Düzeni	n	%
Menarştan itibaren sürekli düzenli seyretti	94	94,0
Menarştan itibaren bir süre düzensiz seyretti	6	6,0
Toplam	100	100,0

Menarştan Sonra Adet Döngüsü Düzensiz Olanlarda Düzenli Adet Görene Kadar Geçen Süre	n	%
6 aydan az	2	33,3
6 ay ve üzeri	4	66,7
Toplam	6	100,0

Tablo 4'te görüldüğü gibi; örneklem grubunun %94'ünün (n=94) çocuğu olmakla beraber, %54,3'ü (n=51) 1 – 2 çocuk sahibiyken, kadınların geçirdikleri gebelik sayısına bakıldığında %41,5'i (n=39) 1 – 2 gebelik geçirmiştir. Örneklem %50'sinin (n=47) ilk doğum yaşı 19 – 23 yaş arasındadır. Menarş düzenine bakıldığında kadınların %94'ünün (n=94) menarştan sonra düzenli adet gördüğü, menarş sonrası bir süre düzensiz adet görenlerin ise %66,7'sinin (n=4) düzenli adet görene kadar 6 ay ve üzerinde süre geçtiği saptandı.

Tablo 5 – Hastaların Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi ve Tutumunun Dağılımı (N=100)

Hastalanmadan Önce Meme Kanseri ile İlgili Bilgisi Var Mıydı?	n	%
Evet	37	37,0
Hayır	63	63,0
Toplam	100	100,0

* Hastalanmadan Önce Meme Kanseri ile İlgili Bilgisi Varsa Bu Bilgiyi Kimden Edindi?	n	%
Hemşire	2	5,4
Doktor	3	8,1
İnternet	2	5,4
Televizyon	18	48,6
Gazete / Dergi	10	27,0
Akraba / Arkadaş	15	40,5

Hastalanmadan Önce Düzenli Olarak “Kendi Kendine Meme Muayenesi” Yapıyor Muydu?	n	%
Evet	18	18,0
Hayır	75	75,0
Bazen	7	7,0
Toplam	100	100,0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 5’te görüldüğü gibi; örneklem grubunun %63’ünün (n=63) hastalanmadan önce meme kanseri ile ilgili bilgisinin olmadığı, %48,6’sının (n=18) hastalanmadan önce meme kanseri ile ilgili televizyondan bilgi aldığı ve %75’inin (n=75) hastalanmadan önce düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmadığı saptandı.

Tablo 6 – Hastaların Cerrahi Girişim ile İlgili Bulgularının Dağılımı (N=100)

Cerrahi Girişimin Yapıldığı Yaş	n	%
30 yaş ve altı	6	6,0
31 - 40 yaş arası	31	31,0
41 - 50 yaş arası	31	31,0
51 - 60 yaş arası	25	25,0
61 yaş ve üzeri	7	7,0
Toplam	100	100,0

Cerrahi Girişimin Yapıldığı Meme	n	%
Sol meme	45	45,0
Sağ meme	52	52,0
Her ikisi	3	3,0
Toplam	100	100,0

Cerrahi Girişimin Türü	n	%
Meme koruyucu cerrahi	27	27,0
Total mastektomi	73	73,0
Toplam	100	100,0

Tablo 6’da görüldüğü gibi; örneklem grubunun %31’i (n=31) 31 – 40 yaş arasında ameliyat olmuştur ve 41 – 50 yaş arasında ameliyat olanlar da örneklemin %31’ini (n=31) oluşturmaktadır. Hastaların %52’sinin (n=52) sağ memesine cerrahi müdahale uygulanmıştır. Total mastektomi yapılan hastalar ise örneklemin %73’ünü (n=73) oluşturmaktadır.

Tablo 7 – Hastaların Tedaviye İlişkin Bulgularının Dağılımı (N=100)

Kemoterapi Aldı mı?	n	%
Evet	77	77,0
Hayır	23	23,0
Toplam	100	100,0

Kemoterapi Aldıysa; Kaç Kür Aldı?		
1 - 6 kür	65	84,4
7 - 12 kür	6	7,8
13 kür ve üzeri	6	7,8
Toplam	77	100,0

* Kemoterapi Aldıysa; Hangi Yan Etkiler Görüldü?		
Alopesi	66	85,7
Bulantı	70	90,9
Kusma	47	61,0
Halsizlik	61	79,2
İştahsızlık	49	63,6
Ağızda yara	19	24,7
Diğer yan etkiler	9	11,7

Radyoterapi Aldı mı?		
Evet	64	64,0
Hayır	36	36,0
Toplam	100	100,0

Radyoterapi Aldıysa; Kaç Seans Aldı?		
1 - 5 seans	1	1,6
6 - 10 seans	6	9,3
11 - 15 seans	1	1,6
16 - 20 seans	16	25,0
21 seans ve üzeri	40	62,5
Toplam	64	100,0

* Radyoterapi Aldıysa; Hangi Yan Etkiler Görüldü?		
Yanma	6	9,4
Halsizlik	11	17,2
Bulantı	8	12,5
Kusma	4	6,2
Ağrı	5	7,8
İştahsızlık	4	6,2
Diğer yan etkiler	9	14,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 7’de görüldüğü gibi; örneklem grubunun %77’sinin (n=77) kemoterapi aldığı, kemoterapi alanların %84,4’ünün (n=65) 1 – 6 kür kemoterapi aldığı ve kemoterapinin yan etkileri arasından sıklıkla %90,9 (n=70) oranında bulantı, %85,7 (n=66) oranında alopesi, %79,2 (n=61) oranında halsizlik, %63,6 (n=49) oranında iştahsızlık ve %61 (n=47) oranında kusma görüldüğü saptandı. Hastaların %64’ünün (n=64) radyoterapi aldığı, radyoterapi alanların %62,5’inin (n=40) 21 seans ve üzerinde radyoterapi aldığı ve radyoterapinin yan etkileri arasından sıklıkla %17,2 (n=11) oranında halsizlik görüldüğü saptandı.

Tablo 8 – Hastalarda Cerrahi Müdahalenin Hastanın Yaşantısına Etkisinin Dağılımı

Ameliyattan Sonra Giyim Tarzında Değişiklik Oldu Mu?	n	%
Evet	22	22,0
Hayır	78	78,0
Toplam	100	100,0

Alınan Göğüsün Estetik Görünümü İçin Bir Şey Yapıyor Mu?	n	%
Evet	48	48,0
Hayır	52	52,0
Toplam	100	100,0

Alınan Göğüsün Estetik Görünümü İçin Bir Şey Yapıyorsa; Ne Yapıyor?	n	%
Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	56,2
Sutyenin içine silikon göğüs protezi koyuyor	19	39,6
Estetik operasyon geçirmiş	2	4,2
Toplam	48	100,0

Ameliyattan Sonra Eşinin Ona Karşı Olan Sevgisinde Nasıl Bir Değişiklik Olduğunu Düşünüyor?	n	%
Ona karşı daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	45,9
Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	8,2
Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	45,9
Toplam	85	100,0

Ameliyattan Sonra Cinsel Yaşantısında Bir Değişiklik Oldu Mu?	n	%
Evet	33	38,8
Hayır	52	61,2
Toplam	85	100,0

Ameliyattan Sonra Cinsel Yaşantısında Bir Değişiklik Olmuşsa; Ne Yönde?	n	%
Olumlu yönde	2	6,1
Olumsuz yönde	31	93,9
Toplam	33	100,0

Tablo 8’de görüldüğü gibi; örneklem grubunun %78’inin (n=78) ameliyattan sonra giyim tarzında bir değişiklik olmadığı, %52’sinin (n=52) ameliyattan sonra göğsünün estetik görünmesi için bir girişimde bulunmadığı, ameliyattan sonra göğsünün estetik görüntüsü için bir girişimde bulunanların %56’sının (n=27) sünger destekli sutyen kullandığı, %45,9’unun (n=39) ameliyattan sonra eşinin ona karşı daha ilgili olduğunu ve %45,9’unun (n=39) ise ameliyattan sonra eşinin ona karşı olan sevgisinde bir değişiklik olmadığını düşündüğü, %61,2’sinin (n=52) ameliyattan sonra cinsel yaşantısında değişiklik olmadığı ve cinsel yaşantısında değişiklik olanların ise %93,9’unun (n=31) olumsuz yönde bir değişiklik yaşadığı saptandı.

6.2. KISA SEMPTOM ENVANTERİ'NE (KSE) İLİŞKİN KARŞILAŞTIRMALAR

Tablo 9 – Yaş ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Gruplanmış Yaşlar	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	p
Somatizasyon	30 yaş ve altı	2	65,50	4,157	0,385
	31 - 40 yaş arası	21	43,71		
	41 - 50 yaş arası	29	52,48		
	51 - 60 yaş arası	29	56,72		
	61 yaş ve üzeri	19	43,89		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	30 yaş ve altı	2	81,00	7,123	0,130
	31 - 40 yaş arası	21	53,88		
	41 - 50 yaş arası	29	55,22		
	51 - 60 yaş arası	29	49,71		
	61 yaş ve üzeri	19	37,55		
Kişiler Arası Duyarlılık	30 yaş ve altı	2	74,75	2,597	0,627
	31 - 40 yaş arası	21	44,48		
	41 - 50 yaş arası	29	50,79		
	51 - 60 yaş arası	29	53,14		
	61 yaş ve üzeri	19	50,13		
Depresyon	30 yaş ve altı	2	62,50	1,605	0,808
	31 - 40 yaş arası	21	51,36		
	41 - 50 yaş arası	29	54,05		
	51 - 60 yaş arası	29	49,26		
	61 yaş ve üzeri	19	44,76		
Anksiyete Bozukluğu	30 yaş ve altı	2	81,50	3,599	0,463
	31 - 40 yaş arası	21	47,26		
	41 - 50 yaş arası	29	49,76		
	51 - 60 yaş arası	29	54,45		
	61 yaş ve üzeri	19	45,92		
Hostilite	30 yaş ve altı	2	93,00	15,591	0,004 **
	31 - 40 yaş arası	21	49,10		
	41 - 50 yaş arası	29	54,31		
	51 - 60 yaş arası	29	57,72		
	61 yaş ve üzeri	19	30,74		
Fobik Anksiyete	30 yaş ve altı	2	87,75	5,521	0,238
	31 - 40 yaş arası	21	46,02		
	41 - 50 yaş arası	29	55,16		
	51 - 60 yaş arası	29	50,55		
	61 yaş ve üzeri	19	44,34		
Paranoid Düşünceler	30 yaş ve altı	2	79,25	10,513	0,033 *
	31 - 40 yaş arası	21	48,64		
	41 - 50 yaş arası	29	56,86		
	51 - 60 yaş arası	29	54,55		
	61 yaş ve üzeri	19	33,63		
Psikotizm	30 yaş ve altı	2	85,50	3,672	0,452
	31 - 40 yaş arası	21	50,19		
	41 - 50 yaş arası	29	53,05		
	51 - 60 yaş arası	29	47,79		
	61 yaş ve üzeri	19	47,39		
Ek Maddeler	30 yaş ve altı	2	59,25	5,566	0,234
	31 - 40 yaş arası	21	51,14		
	41 - 50 yaş arası	29	53,81		
	51 - 60 yaş arası	29	55,07		
	61 yaş ve üzeri	19	36,84		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	30 yaş ve altı	2	84,50	6,745	0,150
	31 - 40 yaş arası	21	48,88		
	41 - 50 yaş arası	29	53,26		
	51 - 60 yaş arası	29	54,33		
	61 yaş ve üzeri	19	38,66		
Belirti Toplam İndeksi	30 yaş ve altı	2	78,25	4,569	0,334
	31 - 40 yaş arası	21	52,00		
	41 - 50 yaş arası	29	54,50		
	51 - 60 yaş arası	29	49,83		
	61 yaş ve üzeri	19	40,84		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	30 yaş ve altı	2	84,50	6,772	0,148
	31 - 40 yaş arası	21	48,86		
	41 - 50 yaş arası	29	53,24		
	51 - 60 yaş arası	29	54,38		
	61 yaş ve üzeri	19	38,63		

* p < 0,05 ** p < 0,01

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 9 incelendiğinde; hastalardan “30 yaş ve altı” yaş grubunda olanların diğer yaş gruplarına göre KSE alt boyutlarından Hostilite (p<0,01) ve Paranoid Düşünceler (p<0,05) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Tablo 10 – Medeni Durum ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evli	85	52,27	- 1,456	0,145
	Dul	15	40,47		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evli	85	51,09	- 0,484	0,628
	Dul	15	47,17		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evli	85	51,71	- 1,004	0,316
	Dul	15	43,63		
Depresyon	Evli	85	50,37	- 0,107	0,915
	Dul	15	51,23		
Anksiyete Bozukluğu	Evli	85	51,84	- 1,099	0,272
	Dul	15	42,93		
Hostilite	Evli	85	53,45	- 2,433	0,015 *
	Dul	15	33,77		
Fobik Anksiyete	Evli	85	51,36	- 0,717	0,473
	Dul	15	45,60		
Paranoid Düşünceler	Evli	85	50,85	- 0,286	0,775
	Dul	15	48,53		
Psikotizm	Evli	85	50,38	- 0,102	0,919
	Dul	15	51,20		
Ek Maddeler	Evli	85	50,42	- 0,068	0,946
	Dul	15	50,97		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evli	85	51,71	- 0,989	0,322
	Dul	15	43,67		
Belirti Toplam İndeksi	Evli	85	50,75	- 0,203	,0839
	Dul	15	49,10		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evli	85	51,71	- 0,989	0,322
	Dul	15	43,67		

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 10 incelendiğinde; medeni durumu evli olan hastaların, medeni durumu dul olan hastalar göre KSE alt boyutlarından Hostilite puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 11 – Çocuk Sahibi Olma ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Çocuğu var mı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	94	50,76	- 0,356	0,722
	Hayır	6	46,42		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	94	50,29	- 0,284	0,776
	Hayır	6	53,75		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	94	50,33	- 0,234	0,815
	Hayır	6	53,17		
Depresyon	Evet	94	49,48	- 1,399	0,162
	Hayır	6	66,50		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	94	50,51	- 0,015	0,988
	Hayır	6	50,33		
Hostilite	Evet	94	51,03	- 0,722	0,471
	Hayır	6	42,25		
Fobik Anksiyete	Evet	94	50,12	- 0,521	0,602
	Hayır	6	56,42		
Paranoid Düşünceler	Evet	94	49,61	- 1,217	0,224
	Hayır	6	64,42		
Psikotizm	Evet	94	49,50	- 1,376	0,169
	Hayır	6	66,17		
Ek Maddeler	Evet	94	50,14	- 0,489	0,625
	Hayır	6	56,08		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	94	50,02	- 0,653	0,514
	Hayır	6	58,00		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	94	49,82	- 0,930	0,352
	Hayır	6	61,17		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	94	50,04	- 0,624	0,533
	Hayır	6	57,67		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 11 incelendiğinde; çocuk sahibi olan hastalarla olmayanlar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 12 – Çocuk Sayısı ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=94)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Çocuk Sayısı	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	P
Somatizasyon	1 - 2 çocuk	51	49,04	2,807	0,246
	3 - 4 çocuk	32	49,48		
	5 çocuk ve üzeri	11	34,59		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1 - 2 çocuk	51	51,77	2,806	0,246
	3 - 4 çocuk	32	41,89		
	5 çocuk ve üzeri	11	44,00		
Kişiler Arası Duyarlılık	1 - 2 çocuk	51	49,87	0,862	0,650
	3 - 4 çocuk	32	44,62		
	5 çocuk ve üzeri	11	44,86		
Depresyon	1 - 2 çocuk	51	52,62	8,961	0,011 *
	3 - 4 çocuk	32	36,00		
	5 çocuk ve üzeri	11	57,23		
Anksiyete Bozukluğu	1 - 2 çocuk	51	51,54	2,461	0,292
	3 - 4 çocuk	32	42,64		
	5 çocuk ve üzeri	11	42,91		
Hostilite	1 - 2 çocuk	51	51,61	3,105	0,212
	3 - 4 çocuk	32	44,44		
	5 çocuk ve üzeri	11	37,36		
Fobik Anksiyete	1 - 2 çocuk	51	52,91	9,060	0,011 *
	3 - 4 çocuk	32	35,92		
	5 çocuk ve üzeri	11	56,09		
Paranoid Düşünceler	1 - 2 çocuk	51	54,43	7,346	0,025 *
	3 - 4 çocuk	32	38,55		
	5 çocuk ve üzeri	11	41,41		
Psikotizm	1 - 2 çocuk	51	53,97	6,737	0,034 *
	3 - 4 çocuk	32	38,41		
	5 çocuk ve üzeri	11	43,95		
Ek Maddeler	1 - 2 çocuk	51	53,31	5,459	0,065
	3 - 4 çocuk	32	39,20		
	5 çocuk ve üzeri	11	44,68		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1 - 2 çocuk	51	53,78	6,141	0,046 *
	3 - 4 çocuk	32	38,89		
	5 çocuk ve üzeri	11	43,41		
Belirti Toplam İndeksi	1 - 2 çocuk	51	52,48	5,208	0,074
	3 - 4 çocuk	32	38,62		
	5 çocuk ve üzeri	11	50,23		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1 - 2 çocuk	51	53,79	6,155	0,046 *
	3 - 4 çocuk	32	38,89		
	5 çocuk ve üzeri	11	43,36		

* p< 0,05

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 12’de kadınların sahip oldukları çocuk sayısı ile ruhsal durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında “5 ve üzeri” sayıda çocuğu olan kadınların daha az sayıda çocuğu olan kadınlara göre KSE alt boyutlarından Depresyon ve Fobik Anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Çocuk sayısı “1 – 2” olan kadınların ise KSE alt boyutlarından Paranoid Düşünceler, Psikotizm, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 13 – Eğitim Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	p
Somatizasyon	Okuryazar değil	12	35,08	5,196	0,392
	Okuryazar	6	59,83		
	İlkokul	59	53,75		
	Ortaokul	7	51,86		
	Lise	14	46,43		
	Lisans	2	43,00		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Okuryazar değil	12	48,88	0,451	0,994
	Okuryazar	6	49,83		
	İlkokul	59	51,99		
	Ortaokul	7	49,43		
	Lise	14	46,96		
	Lisans	2	46,75		
Kişiler Arası Duyarlılık	Okuryazar değil	12	47,67	8,604	0,126
	Okuryazar	6	48,33		
	İlkokul	59	53,38		
	Ortaokul	7	66,00		
	Lise	14	39,64		
	Lisans	2	10,75		
Depresyon	Okuryazar değil	12	58,42	5,358	0,374
	Okuryazar	6	55,50		
	İlkokul	59	49,21		
	Ortaokul	7	60,79		
	Lise	14	46,96		
	Lisans	2	14,75		
Anksiyete Bozukluğu	Okuryazar değil	12	51,25	5,721	0,334
	Okuryazar	6	50,92		
	İlkokul	59	51,35		
	Ortaokul	7	62,00		
	Lise	14	46,39		
	Lisans	2	8,25		
Hostilite	Okuryazar değil	12	34,38	7,865	0,164
	Okuryazar	6	45,25		
	İlkokul	59	54,61		
	Ortaokul	7	51,21		
	Lise	14	53,57		
	Lisans	2	17,75		
Fobik Anksiyete	Okuryazar değil	12	58,25	7,041	0,218
	Okuryazar	6	57,42		
	İlkokul	59	49,36		
	Ortaokul	7	64,07		
	Lise	14	44,32		
	Lisans	2	12,50		
Paranoid Düşünceler	Okuryazar değil	12	44,71	5,579	0,349
	Okuryazar	6	47,92		
	İlkokul	59	51,99		
	Ortaokul	7	65,71		
	Lise	14	47,57		
	Lisans	2	16,25		
Psikotizm	Okuryazar değil	12	52,88	9,913	0,078
	Okuryazar	6	62,83		
	İlkokul	59	48,80		
	Ortaokul	7	71,86		
	Lise	14	45,68		
	Lisans	2	8,50		
Ek Maddeler	Okuryazar değil	12	59,25	4,840	0,436
	Okuryazar	6	46,75		
	İlkokul	59	49,94		
	Ortaokul	7	54,57		
	Lise	14	50,36		
	Lisans	2	12,50		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Okuryazar değil	12	46,83	5,781	0,328
	Okuryazar	6	53,58		
	İlkokul	59	52,35		
	Ortaokul	7	61,07		
	Lise	14	45,00		
	Lisans	2	10,25		
Belirti Toplam İndeksi	Okuryazar değil	12	53,67	7,840	0,165
	Okuryazar	6	54,33		
	İlkokul	59	50,86		
	Ortaokul	7	64,93		
	Lise	14	44,04		
	Lisans	2	4,00		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Okuryazar değil	12	46,83	5,707	0,336
	Okuryazar	6	53,25		
	İlkokul	59	52,37		
	Ortaokul	7	61,00		
	Lise	14	45,04		
	Lisans	2	10,50		

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 13 incelendiğinde; eğitim durumu ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 14 – Eşin Eğitim Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=88)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Eşinin Eğitim Durumu	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	P
Somatizasyon	Okuryazar	5	41,10	0,879	0,928
	İlkokul	53	44,72		
	Ortaokul	13	49,12		
	Lise	14	40,43		
	Lisans	3	45,33		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Okuryazar	5	38,10	1,960	0,743
	İlkokul	53	46,68		
	Ortaokul	13	46,50		
	Lise	14	37,21		
	Lisans	3	42,00		
Kişiler Arası Duyarlılık	Okuryazar	5	35,00	4,207	0,379
	İlkokul	53	46,64		
	Ortaokul	13	51,15		
	Lise	14	36,39		
	Lisans	3	31,50		
Depresyon	Okuryazar	5	44,90	1,743	0,783
	İlkokul	53	45,00		
	Ortaokul	13	48,54		
	Lise	14	42,29		
	Lisans	3	27,83		
Anksiyete Bozukluğu	Okuryazar	5	28,70	6,891	0,142
	İlkokul	53	48,60		
	Ortaokul	13	48,31		
	Lise	14	34,29		
	Lisans	3	29,50		
Hostilite	Okuryazar	5	28,10	3,602	0,463
	İlkokul	53	47,40		
	Ortaokul	13	40,46		
	Lise	14	45,36		
	Lisans	3	34,17		
Fobik Anksiyete	Okuryazar	5	38,30	2,278	0,685
	İlkokul	53	47,35		
	Ortaokul	13	43,96		
	Lise	14	38,86		
	Lisans	3	33,17		
Paranoid Düşünceler	Okuryazar	5	25,60	4,249	0,373
	İlkokul	53	44,49		
	Ortaokul	13	48,50		
	Lise	14	49,89		
	Lisans	3	33,67		
Psikotizm	Okuryazar	5	46,30	2,583	0,630
	İlkokul	53	47,48		
	Ortaokul	13	41,85		
	Lise	14	37,46		
	Lisans	3	33,17		
Ek Maddeler	Okuryazar	5	42,30	4,565	0,335
	İlkokul	53	47,05		
	Ortaokul	13	43,31		
	Lise	14	42,96		
	Lisans	3	15,50		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Okuryazar	5	33,40	2,964	0,564
	İlkokul	53	46,63		
	Ortaokul	13	48,46		
	Lise	14	39,57		
	Lisans	3	31,17		
Belirti Toplam İndeksi	Okuryazar	5	39,50	1,408	0,843
	İlkokul	53	45,69		
	Ortaokul	13	45,77		
	Lise	14	43,86		
	Lisans	3	29,33		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Okuryazar	5	33,00	3,001	0,558
	İlkokul	53	46,64		
	Ortaokul	13	48,46		
	Lise	14	39,64		
	Lisans	3	31,33		

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 14 incelendiğinde; hastaların eşlerinin eğitim durumu ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 15 – Gelir Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Gelir Durumu	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	p
Somatizasyon	Yetersiz	24	46,23	1,946	0,584
	Orta	54	51,18		
	İyi	20	55,60		
	Çok iyi	2	32,50		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Yetersiz	24	49,50	1,115	0,773
	Orta	54	50,67		
	İyi	20	53,20		
	Çok iyi	2	31,00		
Kişiler Arası Duyarlılık	Yetersiz	24	44,06	3,770	0,287
	Orta	54	54,85		
	İyi	20	48,75		
	Çok iyi	2	27,75		
Depresyon	Yetersiz	24	48,52	0,871	0,832
	Orta	54	52,62		
	İyi	20	48,38		
	Çok iyi	2	38,25		
Anksiyete Bozukluğu	Yetersiz	24	50,10	4,432	0,218
	Orta	54	52,01		
	İyi	20	51,12		
	Çok iyi	2	8,25		
Hostilite	Yetersiz	24	39,92	5,652	0,130
	Orta	54	53,50		
	İyi	20	56,98		
	Çok iyi	2	31,75		
Fobik Anksiyete	Yetersiz	24	49,48	3,093	0,377
	Orta	54	53,61		
	İyi	20	46,18		
	Çok iyi	2	22,00		
Paranoid Düşünceler	Yetersiz	24	42,35	3,517	0,319
	Orta	54	54,13		
	İyi	20	52,18		
	Çok iyi	2	33,50		
Psikotizm	Yetersiz	24	44,29	2,393	0,495
	Orta	54	54,17		
	İyi	20	47,28		
	Çok iyi	2	58,25		
Ek Maddeler	Yetersiz	24	55,88	3,174	0,366
	Orta	54	51,80		
	İyi	20	40,95		
	Çok iyi	2	46,50		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Yetersiz	24	46,48	2,472	0,480
	Orta	54	53,19		
	İyi	20	50,60		
	Çok iyi	2	25,00		
Belirti Toplam İndeksi	Yetersiz	24	49,23	1,453	0,693
	Orta	54	52,86		
	İyi	20	47,52		
	Çok iyi	2	31,75		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Yetersiz	24	46,46	2,465	0,482
	Orta	54	53,16		
	İyi	20	50,72		
	Çok iyi	2	25,00		

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 15 incelendiğinde; gelir durumu ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 16 – Meme Cerrahisi Geçirilen Yaş ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Gruplanmış Yaşlar	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	p
Somatizasyon	30 yaş ve altı	6	76,67	5,727	0,221
	31 - 40 yaş arası	31	46,53		
	41 - 50 yaş arası	31	48,02		
	51 - 60 yaş arası	25	57,68		
	61 yaş ve üzeri	7	31,00		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	30 yaş ve altı	6	81,50	17,056	0,002 ***
	31 - 40 yaş arası	31	54,40		
	41 - 50 yaş arası	31	44,66		
	51 - 60 yaş arası	25	54,08		
	61 yaş ve üzeri	7	19,71		
Kişiler Arası Duyarlılık	30 yaş ve altı	6	79,33	8,547	0,073
	31 - 40 yaş arası	31	48,53		
	41 - 50 yaş arası	31	50,18		
	51 - 60 yaş arası	25	51,08		
	61 yaş ve üzeri	7	33,86		
Depresyon	30 yaş ve altı	6	73,83	5,909	0,206
	31 - 40 yaş arası	31	54,10		
	41 - 50 yaş arası	31	48,15		
	51 - 60 yaş arası	25	45,84		
	61 yaş ve üzeri	7	41,64		
Anksiyete Bozukluğu	30 yaş ve altı	6	78,42	6,949	0,139
	31 - 40 yaş arası	31	48,73		
	41 - 50 yaş arası	31	48,95		
	51 - 60 yaş arası	25	51,18		
	61 yaş ve üzeri	7	38,86		
Hostilite	30 yaş ve altı	6	82,42	12,607	0,013 **
	31 - 40 yaş arası	31	51,89		
	41 - 50 yaş arası	31	49,66		
	51 - 60 yaş arası	25	49,08		
	61 yaş ve üzeri	7	25,79		
Fobik Anksiyete	30 yaş ve altı	6	85,17	10,383	0,034 **
	31 - 40 yaş arası	31	48,55		
	41 - 50 yaş arası	31	51,94		
	51 - 60 yaş arası	25	44,64		
	61 yaş ve üzeri	7	44,00		
Paranoid Düşünceler	30 yaş ve altı	6	71,50	9,482	0,050 *
	31 - 40 yaş arası	31	53,37		
	41 - 50 yaş arası	31	51,60		
	51 - 60 yaş arası	25	47,88		
	61 yaş ve üzeri	7	24,29		
Psikotizm	30 yaş ve altı	6	84,50	11,650	0,020 **
	31 - 40 yaş arası	31	54,21		
	41 - 50 yaş arası	31	43,94		
	51 - 60 yaş arası	25	49,02		
	61 yaş ve üzeri	7	39,29		
Ek Maddeler	30 yaş ve altı	6	72,83	5,110	0,276
	31 - 40 yaş arası	31	49,45		
	41 - 50 yaş arası	31	47,45		
	51 - 60 yaş arası	25	53,14		
	61 yaş ve üzeri	7	40,07		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	30 yaş ve altı	6	83,92	13,418	0,009 ***
	31 - 40 yaş arası	31	52,00		
	41 - 50 yaş arası	31	47,84		
	51 - 60 yaş arası	25	50,86		
	61 yaş ve üzeri	7	25,71		
Belirti Toplam İndeksi	30 yaş ve altı	6	85,17	12,697	0,013 **
	31 - 40 yaş arası	31	52,10		
	41 - 50 yaş arası	31	49,37		
	51 - 60 yaş arası	25	47,50		
	61 yaş ve üzeri	7	29,43		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	30 yaş ve altı	6	83,83	13,393	0,010 **
	31 - 40 yaş arası	31	52,00		
	41 - 50 yaş arası	31	47,77		
	51 - 60 yaş arası	25	50,96		
	61 yaş ve üzeri	7	25,71		

* p = 0,05 ** p < 0,05 *** p < 0,01

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 16 incelendiğinde; meme cerrahisi geçirdiğinde “30 yaş ve altı” yaş grubunda olan kadınların diğer yaş gruplarına göre KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk ($p<0,01$), Hostilite ($p<0,05$), Fobik Anksiyete ($p<0,05$), Paranoid Düşünceler ($p=0,05$), Psikotizm ($p<0,05$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,01$), Belirti Toplam İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Tablo 17 – İstanbul’da Yaşıyor Olma ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	İstanbul’da mı yaşıyor?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	81	49,43	- 0,766	0,444
	Hayır	19	55,08		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	81	49,52	- 0,701	0,483
	Hayır	19	54,68		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	81	49,09	- 1,011	0,312
	Hayır	19	56,50		
Depresyon	Evet	81	49,33	- 0,838	0,402
	Hayır	19	55,50		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	81	48,78	- 1,226	0,220
	Hayır	19	57,82		
Hostilite	Evet	81	49,33	- 0,838	0,402
	Hayır	19	55,50		
Fobik Anksiyete	Evet	81	49,06	- 1,035	0,301
	Hayır	19	56,63		
Paranoid Düşünceler	Evet	81	50,58	- 0,057	0,954
	Hayır	19	50,16		
Psikotizm	Evet	81	49,10	- 1,006	0,314
	Hayır	19	56,47		
Ek Maddeler	Evet	81	48,01	- 1,781	0,075
	Hayır	19	61,11		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	81	48,63	- 1,331	0,183
	Hayır	19	58,47		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	81	49,25	- 0,893	0,372
	Hayır	19	55,84		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	81	48,64	- 1,322	0,186
	Hayır	19	58,42		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 17 incelendiğinde; hastaların İstanbul’da yaşıyor olmaları ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 18 – İstanbul Dışında Yaşıyor Olma ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=19)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	İstanbul dışında yaşıyorsa;	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Tedavi için gelip dönüyor	11	9,18	- 0,745	0,456
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	11,12		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Tedavi için gelip dönüyor	11	9,50	- 0,459	0,646
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	10,69		
Kişiler Arası Duyarlılık	Tedavi için gelip dönüyor	11	7,50	- 2,295	0,022 *
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	13,44		
Depresyon	Tedavi için gelip dönüyor	11	10,36	- 0,332	0,740
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	9,50		
Anksiyete Bozukluğu	Tedavi için gelip dönüyor	11	10,14	- 0,126	0,900
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	9,81		
Hostilite	Tedavi için gelip dönüyor	11	10,18	- 0,166	0,868
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	9,75		
Fobik Anksiyete	Tedavi için gelip dönüyor	11	10,41	- 0,377	0,706
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	9,44		
Paranoid Düşünceler	Tedavi için gelip dönüyor	11	10,27	- 0,249	0,803
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	9,62		
Psikotizm	Tedavi için gelip dönüyor	11	10,27	- 0,253	0,801
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	9,62		
Ek Maddeler	Tedavi için gelip dönüyor	11	10,00	0,000	1,000
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	10,00		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Tedavi için gelip dönüyor	11	9,73	- 0,248	0,804
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	10,38		
Belirti Toplam İndeksi	Tedavi için gelip dönüyor	11	9,73	- 0,248	0,804
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	10,38		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Tedavi için gelip dönüyor	11	9,64	- 0,330	0,741
	Bir yakınının yanında kalıyor	8	10,50		

* p<0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 18 incelendiğinde; İstanbul dışında yaşayan hastalar arasından tedavi süresince İstanbul'daki bir yakınının yanında kalanların, tedavisi için gelip dönenlere göre KSE alt boyutlarından Kişiler Arası Duyarlılık puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 19 – Sigara Kullanımının KSE Alt Boyutları ile İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Sigara kullanıyor mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet Hayır	32 68	53,62 49,03	- 0,741	0,459
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet Hayır	32 68	55,00 48,38	- 1,068	0,286
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet Hayır	32 68	54,86 48,45	- 1,041	0,298
Depresyon	Evet Hayır	32 68	48,00 51,68	- 0,594	0,553
Anksiyete Bozukluğu	Evet Hayır	32 68	51,72 49,93	- 0,289	0,772
Hostilite	Evet Hayır	32 68	55,73 48,04	- 1,243	0,214
Fobik Anksiyete	Evet Hayır	32 68	48,48 51,45	- 0,482	0,630
Paranoid Düşünceler	Evet Hayır	32 68	56,02 47,90	- 1,309	0,190
Psikotizm	Evet Hayır	32 68	44,02 53,55	- 1,547	0,122
Ek Maddeler	Evet Hayır	32 68	54,50 48,62	- 0,951	0,341
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet Hayır	32 68	53,94 48,88	- 0,813	0,416
Belirti Toplam İndeksi	Evet Hayır	32 68	52,84 49,40	- 0,555	0,579
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet Hayır	32 68	53,95 48,88	- 0,817	0,414

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 19 incelendiğinde; hastaların sigara kullanım öykülerinin olup olmayışı ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 20 – Oral Kontraseptif Kullanımının KSE Alt Boyutları ile İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Oral Kontraseptif Kullandı mı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	22	40,95	- 1,751	0,080
	Hayır	78	53,19		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	22	38,95	- 2,121	0,034 *
	Hayır	78	53,76		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	22	40,82	- 1,789	0,074
	Hayır	78	53,23		
Depresyon	Evet	22	39,68	- 1,989	0,047 *
	Hayır	78	53,55		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	22	37,34	- 2,417	0,016 *
	Hayır	78	54,21		
Hostilite	Evet	22	40,89	- 1,767	0,077
	Hayır	78	53,21		
Fobik Anksiyete	Evet	22	44,84	- 1,048	0,295
	Hayır	78	52,10		
Paranoid Düşünceler	Evet	22	43,41	- 1,303	0,193
	Hayır	78	52,50		
Psikotizm	Evet	22	40,48	- 1,851	0,064
	Hayır	78	53,33		
Ek Maddeler	Evet	22	42,86	- 1,406	0,160
	Hayır	78	52,65		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	22	36,64	- 2,538	0,011 *
	Hayır	78	54,41		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	22	40,09	- 1,908	0,056
	Hayır	78	53,44		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	22	36,64	- 2,538	0,011 *
	Hayır	78	54,41		

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 20 incelendiğinde; oral kontraseptif kullanmayanların kullananlara göre KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,05).

Tablo 21 – Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Alımının KSE Alt Boyutları ile İlişkisi (N=78)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	HRT aldı mı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	18	42,89	- 0,725	0,469
	Hayır	60	38,48		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	18	43,92	- 0,947	0,344
	Hayır	60	38,18		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	18	33,42	- 1,312	0,190
	Hayır	60	41,32		
Depresyon	Evet	18	37,06	- 0,524	0,600
	Hayır	60	40,23		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	18	38,69	- 0,173	0,863
	Hayır	60	39,74		
Hostilite	Evet	18	41,86	- 0,506	0,613
	Hayır	60	38,79		
Fobik Anksiyete	Evet	18	40,03	- 0,114	0,909
	Hayır	60	39,34		
Paranoid Düşünceler	Evet	18	36,94	- 0,548	0,584
	Hayır	60	40,27		
Psikotizm	Evet	18	37,19	- 0,496	0,620
	Hayır	60	40,19		
Ek Maddeler	Evet	18	36,61	- 0,620	0,535
	Hayır	60	40,37		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	18	39,08	- 0,089	0,929
	Hayır	60	39,62		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	18	40,17	- 0,143	0,887
	Hayır	60	39,30		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	18	38,97	- 0,113	0,910
	Hayır	60	39,66		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 21 incelendiğinde; HRT kullanımı ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 22 – Menopoza Girip Girmeme ile KSE Alt Boyutları ile İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Menopoza Girdi Mi?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	78	54,12	- 2,356	0,018 *
	Hayır	22	37,66		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	78	51,81	- 0,856	0,392
	Hayır	22	45,84		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	78	52,55	- 1,344	0,179
	Hayır	22	43,23		
Depresyon	Evet	78	51,90	- 0,911	0,362
	Hayır	22	45,55		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	78	52,96	- 1,599	0,110
	Hayır	22	41,80		
Hostilite	Evet	78	51,71	- 0,786	0,432
	Hayır	22	46,23		
Fobik Anksiyete	Evet	78	53,19	- 1,763	0,078
	Hayır	22	40,98		
Paranoid Düşünceler	Evet	78	51,99	- 0,969	0,333
	Hayır	22	45,23		
Psikotizm	Evet	78	52,99	- 1,633	0,103
	Hayır	22	41,66		
Ek Maddeler	Evet	78	51,44	- 0,611	0,541
	Hayır	22	47,18		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	78	53,06	- 1,660	0,097
	Hayır	22	41,43		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	78	52,20	- 1,104	0,270
	Hayır	22	44,48		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	78	53,06	- 1,660	0,097
	Hayır	22	41,43		

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 22 incelendiğinde; menopozda olan hastaların henüz menopoza girmemiş olan hastalara göre KSE alt boyutlarından Somatizasyon puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 23 – Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olup Olmayışının KSE Alt Boyutları ile İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Ailede Meme Kanseri Öyküsü;	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Var Yok	19 81	47,71 51,15	- 0,467	0,641
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Var Yok	19 81	55,16 49,41	- 0,780	0,435
Kişiler Arası Duyarlılık	Var Yok	19 81	47,08 51,30	- 0,577	0,564
Depresyon	Var Yok	19 81	55,03 49,44	- 0,759	0,448
Anksiyete Bozukluğu	Var Yok	19 81	48,71 50,92	- 0,300	0,764
Hostilite	Var Yok	19 81	56,89 49,00	- 1,072	0,284
Fobik Anksiyete	Var Yok	19 81	46,76 51,38	- 0,631	0,528
Paranoid Düşünceler	Var Yok	19 81	53,47 49,80	- 0,498	0,618
Psikotizm	Var Yok	19 81	58,24 48,69	- 1,303	0,193
Ek Maddeler	Var Yok	19 81	56,45 49,10	- 0,999	0,318
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Var Yok	19 81	51,92 50,17	- 0,237	0,812
Belirti Toplam İndeksi	Var Yok	19 81	51,58 50,25	- 0,180	0,857
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Var Yok	19 81	51,97 50,15	- 0,246	0,806

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 23 incelendiğinde; ailede meme kanseri öyküsü olup olmayışı ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 24 – Annede Meme Kanseri Olması ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=19)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Annede Meme Kanseri;	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Var Yok	7 12	8,29 11,00	- 1,025	0,306
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Var Yok	7 12	9,93 10,04	- 0,042	0,966
Kişiler Arası Duyarlılık	Var Yok	7 12	8,00 11,17	- 1,188	0,235
Depresyon	Var Yok	7 12	12,07 8,79	- 1,240	0,215
Anksiyete Bozukluğu	Var Yok	7 12	10,57 9,67	- 0,342	0,733
Hostilite	Var Yok	7 12	9,21 10,46	- 0,466	0,641
Fobik Anksiyete	Var Yok	7 12	10,21 9,88	- 0,129	0,897
Paranoid Düşünceler	Var Yok	7 12	11,07 9,38	- 0,641	0,521
Psikotizm	Var Yok	7 12	10,36 9,79	- 0,214	0,830
Ek Maddeler	Var Yok	7 12	9,64 10,21	- 0,213	0,831
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Var Yok	7 12	9,71 10,17	- 0,169	0,866
Belirti Toplam İndeksi	Var Yok	7 12	9,86 10,08	- 0,085	0,933
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Var Yok	7 12	9,71 10,17	- 0,169	0,866

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 24 incelendiğinde; hastaların annesinde meme kanseri öyküsü olup olmayışı ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 25 – Halada Meme Kanseri Olması ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=19)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Halada Meme Kanseri;	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Var Yok	6 13	14,08 8,12	- 2,171	0,030
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Var Yok	6 13	12,00 9,08	- 1,058	0,290
Kişiler Arası Duyarlılık	Var Yok	6 13	12,00 9,08	- 2,113	0,035 *
Depresyon	Var Yok	6 13	11,33 9,38	- 0,710	0,478
Anksiyete Bozukluğu	Var Yok	6 13	11,58 9,27	- 0,842	0,400
Hostilite	Var Yok	6 13	13,00 8,62	- 1,584	0,113
Fobik Anksiyete	Var Yok	6 13	9,00 10,46	- 0,537	0,591
Paranoid Düşünceler	Var Yok	6 13	11,75 9,19	- 0,932	0,352
Psikotizm	Var Yok	6 13	11,17 9,46	- 0,622	0,534
Ek Maddeler	Var Yok	6 13	12,00 9,08	- 1,063	0,288
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Var Yok	6 13	12,50 8,85	- 1,316	0,188
Belirti Toplam İndeksi	Var Yok	6 13	11,00 9,54	- 0,527	0,598
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Var Yok	6 13	12,50 8,85	- 1,316	0,188

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 25 incelendiğinde; halasında meme kanseri öyküsü olanların olmayanlara göre KSE alt boyutlarından Kişiler Arası Duyarlılık puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 26 – Hastalanmadan Önce Hastalık Hakkında Bilgilenme Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Hastalanmadan önce meme kanseri hakkında bilgi aldı mı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	37	46,62	- 1,027	0,305
	Hayır	63	52,78		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	37	46,58	- 1,039	0,299
	Hayır	63	52,80		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	37	50,70	- 0,054	0,957
	Hayır	63	50,38		
Depresyon	Evet	37	47,93	- 0,681	0,496
	Hayır	63	52,01		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	37	46,39	- 1,089	0,276
	Hayır	63	52,91		
Hostilite	Evet	37	51,76	- 0,333	0,739
	Hayır	63	49,76		
Fobik Anksiyete	Evet	37	46,03	- 1,195	0,232
	Hayır	63	53,13		
Paranoid Düşünceler	Evet	37	56,32	- 1,544	0,122
	Hayır	63	47,08		
Psikotizm	Evet	37	49,09	- 0,375	0,708
	Hayır	63	51,33		
Ek Maddeler	Evet	37	44,30	- 1,648	0,099
	Hayır	63	54,14		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	37	48,51	- 0,525	0,600
	Hayır	63	51,67		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	37	48,49	- 0,532	0,594
	Hayır	63	51,68		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	37	48,58	- 0,507	0,612
	Hayır	63	51,63		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 26 incelendiğinde; hastaların hastalanmadan önce meme kanseri ile ilgili bilgilenme durumu ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 27 – Hastalık Hakkında Hemşireden Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=37)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Meme Kanseri ile ilgili bilgiyi hemşireden mi aldı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	2	8,75	- 1,380	0,168
	Hayır	35	19,59		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	2	18,00	- 0,135	0,893
	Hayır	35	19,06		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	2	22,25	- 0,447	0,655
	Hayır	35	18,81		
Depresyon	Evet	2	16,00	- 0,406	0,685
	Hayır	35	19,17		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	2	13,75	- 0,709	0,478
	Hayır	35	19,30		
Hostilite	Evet	2	16,50	- 0,338	0,735
	Hayır	35	19,14		
Fobik Anksiyete	Evet	2	23,00	- 0,549	0,583
	Hayır	35	18,77		
Paranoid Düşünceler	Evet	2	28,75	- 1,316	0,188
	Hayır	35	18,44		
Psikotizm	Evet	2	27,50	- 1,156	0,248
	Hayır	35	18,51		
Ek Maddeler	Evet	2	8,50	- 1,421	0,155
	Hayır	35	19,60		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	2	19,00	0,000	1,000
	Hayır	35	19,00		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	2	19,50	- 0,067	0,946
	Hayır	35	18,97		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	2	19,00	0,000	1,000
	Hayır	35	19,00		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 27 incelendiğinde; meme kanseri tanısı almadan önce hastalık ile ilgili bilgiyi hemşireden alanlar ve almayanlar ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 28 – Hastalık Hakkında Doktordan Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=37)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Meme Kanseri ile ilgili bilgiyi doktordan mı aldı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	3	17,83	- 0,195	0,845
	Hayır	34	19,10		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	3	11,67	- 1,230	0,219
	Hayır	34	19,65		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	3	16,83	- 0,371	0,711
	Hayır	34	19,19		
Depresyon	Evet	3	13,83	- 0,868	0,385
	Hayır	34	19,46		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	3	9,67	- 1,566	0,117
	Hayır	34	19,82		
Hostilite	Evet	3	19,83	- 0,140	0,889
	Hayır	34	18,93		
Fobik Anksiyete	Evet	3	14,83	- 0,711	0,477
	Hayır	34	19,37		
Paranoid Düşünceler	Evet	3	17,33	- 0,280	0,780
	Hayır	34	19,15		
Psikotizm	Evet	3	23,17	- 0,704	0,481
	Hayır	34	18,63		
Ek Maddeler	Evet	3	23,83	- 0,813	0,416
	Hayır	34	18,57		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	3	14,33	- 0,779	0,436
	Hayır	34	19,41		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	3	13,33	- 0,950	0,342
	Hayır	34	19,50		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	3	14,33	- 0,779	0,436
	Hayır	34	19,41		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 28 incelendiğinde; meme kanseri tanısı almadan önce hastalık ile ilgili bilgiyi doktordan alanlar ve almayanlar ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 29 – Hastalık Hakkında Televizyondan Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=37)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Meme Kanseri ile ilgili bilgiyi televizyondan mı aldı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	18	20,64	- 0,899	0,369
	Hayır	19	17,45		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	18	18,39	- 0,336	0,737
	Hayır	19	19,58		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	18	19,69	- 0,389	0,697
	Hayır	19	18,34		
Depresyon	Evet	18	19,64	- 0,352	0,725
	Hayır	19	18,39		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	18	20,81	- 0,993	0,321
	Hayır	19	17,29		
Hostilite	Evet	18	19,92	- 0,505	0,614
	Hayır	19	18,13		
Fobik Anksiyete	Evet	18	20,19	- 0,668	0,504
	Hayır	19	17,87		
Paranoid Düşünceler	Evet	18	20,00	- 0,550	0,583
	Hayır	19	18,05		
Psikotizm	Evet	18	18,64	- 0,200	0,841
	Hayır	19	19,34		
Ek Maddeler	Evet	18	21,17	- 1,194	0,232
	Hayır	19	16,95		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	18	20,06	- 0,577	0,564
	Hayır	19	18,00		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	18	19,31	- 0,168	0,867
	Hayır	19	18,71		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	18	20,06	- 0,577	0,564
	Hayır	19	18,00		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 29 incelendiğinde; meme kanseri tanısı almadan önce hastalık ile ilgili bilgiyi televizyondan alanlar ve almayanlar ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 30 – Hastalık Hakkında Akraba/Arkadaştan Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=37)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Meme Kanseri ile ilgili bilgiyi akraba/arkadaştan mı aldı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	15	17,07	- 0,899	0,369
	Hayır	22	20,32		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	15	19,70	- 0,326	0,744
	Hayır	22	18,52		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	15	17,63	- 0,650	0,516
	Hayır	22	19,93		
Depresyon	Evet	15	18,80	- 0,093	0,926
	Hayır	22	19,14		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	15	18,73	- 0,124	0,901
	Hayır	22	19,18		
Hostilite	Evet	15	18,87	- 0,062	0,950
	Hayır	22	19,09		
Fobik Anksiyete	Evet	15	16,07	- 1,392	0,164
	Hayır	22	21,00		
Paranoid Düşünceler	Evet	15	15,23	- 1,756	0,079
	Hayır	22	21,57		
Psikotizm	Evet	15	17,03	- 0,924	0,355
	Hayır	22	20,34		
Ek Maddeler	Evet	15	19,47	- 0,218	0,827
	Hayır	22	18,68		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	15	17,50	- 0,696	0,486
	Hayır	22	20,02		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	15	17,57	- 0,668	0,504
	Hayır	22	19,98		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	15	17,50	- 0,696	0,486
	Hayır	22	20,02		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 30 incelendiğinde; meme kanseri tanısı almadan önce hastalık ile ilgili bilgiyi akraba/arkadaştan alanlar ve almayanlar ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 31 – Hastalık Hakkında İnternette Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=37)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Meme Kanseri ile ilgili bilgiyi internette mi aldı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	2	19,75	- 0,101	0,920
	Hayır	35	18,96		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	2	18,00	- 0,135	0,893
	Hayır	35	19,06		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	2	23,75	- 0,654	0,513
	Hayır	35	18,73		
Depresyon	Evet	2	28,50	- 1,284	0,199
	Hayır	35	18,46		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	2	21,50	- 0,338	0,736
	Hayır	35	18,86		
Hostilite	Evet	2	14,75	- 0,575	0,566
	Hayır	35	19,24		
Fobik Anksiyete	Evet	2	27,75	- 1,202	0,229
	Hayır	35	18,50		
Paranoid Düşünceler	Evet	2	25,50	- 0,877	0,380
	Hayır	35	18,63		
Psikotizm	Evet	2	31,25	- 1,666	0,096
	Hayır	35	18,30		
Ek Maddeler	Evet	2	12,50	- 0,880	0,379
	Hayır	35	19,37		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	2	24,00	- 0,672	0,502
	Hayır	35	18,71		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	2	22,75	- 0,506	0,613
	Hayır	35	18,79		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	2	24,00	- 0,672	0,502
	Hayır	35	18,71		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 31 incelendiğinde; meme kanseri tanısı almadan önce hastalık ile ilgili bilgiyi internette alanlar ve almayanlar ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 32 – Hastalık Hakkında Gazete/Dergi'den Bilgi Alma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=37)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Meme Kanseri ile ilgili bilgiyi gazete - dergi'den mi aldı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet Hayır	10 27	14,85 20,54	-1,423	0,155
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet Hayır	10 27	19,90 18,67	-0,309	0,757
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet Hayır	10 27	12,20 21,52	-2,382	0,017 *
Depresyon	Evet Hayır	10 27	15,00 20,48	-1,376	0,169
Anksiyete Bozukluğu	Evet Hayır	10 27	16,30 20,00	-0,928	0,353
Hostilite	Evet Hayır	10 27	14,40 20,70	-1,583	0,113
Fobik Anksiyete	Evet Hayır	10 27	14,90 20,52	-1,434	0,152
Paranoid Düşünceler	Evet Hayır	10 27	18,85 19,06	-0,052	0,959
Psikotizm	Evet Hayır	10 27	14,30 20,74	-1,628	0,104
Ek Maddeler	Evet Hayır	10 27	17,80 19,44	-0,413	0,679
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet Hayır	10 27	14,75 20,57	-1,454	0,146
Belirti Toplam İndeksi	Evet Hayır	10 27	15,30 20,37	-1,270	0,204
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet Hayır	10 27	14,75 20,57	-1,454	0,146

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 32 incelendiğinde; meme kanseri tanısı almadan önce hastalık ile bilgiyi gazete/dergiden almamış olan hastaların gazete/dergiden bilgilenen hastalara göre KSE alt boyutlarından Kişiler Arası Duyarlılık puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 33 – Yapılan Operasyonun Türü ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Operasyon Türü	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Total Mastektomi	73	49,53	- 0,552	0,581
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	53,13		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Total Mastektomi	73	48,66	- 1,048	0,295
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	55,48		
Kişiler Arası Duyarlılık	Total Mastektomi	73	51,30	- 0,459	0,647
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	48,33		
Depresyon	Total Mastektomi	73	49,33	- 0,667	0,505
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	53,67		
Anksiyete Bozukluğu	Total Mastektomi	73	51,04	- 0,308	0,758
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	49,04		
Hostilite	Total Mastektomi	73	48,48	- 1,150	0,250
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	55,96		
Fobik Anksiyete	Total Mastektomi	73	51,88	- 0,789	0,430
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	46,78		
Paranoid Düşünceler	Total Mastektomi	73	49,25	- 0,713	0,476
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	53,89		
Psikotizm	Total Mastektomi	73	50,35	- 0,086	0,931
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	50,91		
Ek Maddeler	Total Mastektomi	73	49,07	- 0,816	0,414
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	54,37		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Total Mastektomi	73	49,55	- 0,540	0,589
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	53,07		
Belirti Toplam İndeksi	Total Mastektomi	73	49,04	- 0,828	0,408
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	54,44		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Total Mastektomi	73	49,52	- 0,555	0,579
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	53,15		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 33 incelendiğinde; hastalara uygulanan operasyonun türü ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 34 – Hastaların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Yapma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Düzenli KKMM Yapıyor Muydu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	P
Somatizasyon	Evet	18	51,97	0,963	0,618
	Hayır	75	51,11		
	Bazen	7	40,21		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	18	43,50	2,071	0,355
	Hayır	75	52,90		
	Bazen	7	42,79		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	18	48,08	0,156	0,925
	Hayır	75	51,00		
	Bazen	7	51,36		
Depresyon	Evet	18	34,64	6,704	0,035 *
	Hayır	75	53,69		
	Bazen	7	57,07		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	18	42,31	3,101	0,212
	Hayır	75	53,43		
	Bazen	7	40,21		
Hostilite	Evet	18	44,39	1,693	0,429
	Hayır	75	51,02		
	Bazen	7	60,64		
Fobik Anksiyete	Evet	18	47,25	0,330	0,848
	Hayır	75	51,00		
	Bazen	7	53,50		
Paranoid Düşünceler	Evet	18	42,39	1,819	0,403
	Hayır	75	52,57		
	Bazen	7	49,14		
Psikotizm	Evet	18	49,03	1,098	0,577
	Hayır	75	49,83		
	Bazen	7	61,43		
Ek Maddeler	Evet	18	41,17	3,282	0,194
	Hayır	75	53,51		
	Bazen	7	42,21		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	18	42,39	1,956	0,376
	Hayır	75	52,76		
	Bazen	7	47,14		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	18	37,61	4,416	0,110
	Hayır	75	53,59		
	Bazen	7	50,50		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	18	42,44	1,931	0,381
	Hayır	75	52,75		
	Bazen	7	47,14		

* p< 0,05

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 34 incelendiğinde; bazen KKMM yapanların, düzenli KKMM yapanlar ile yapmayanlara göre KSE alt boyutlarından Depresyon puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 35 – Kemoterapi Alıp Almama Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Kemoterapi aldı mı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	77	54,77	- 2,701	0,007 *
	Hayır	23	36,20		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	77	53,49	- 1,895	0,058
	Hayır	23	40,48		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	77	50,53	- 0,017	0,987
	Hayır	23	50,41		
Depresyon	Evet	77	50,83	- 0,210	0,834
	Hayır	23	49,39		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	77	51,61	- 0,703	0,482
	Hayır	23	46,78		
Hostilite	Evet	77	52,50	- 1,267	0,205
	Hayır	23	43,80		
Fobik Anksiyete	Evet	77	50,71	- 0,133	0,895
	Hayır	23	49,80		
Paranoid Düşünceler	Evet	77	52,14	- 1,036	0,300
	Hayır	23	45,02		
Psikotizm	Evet	77	50,50	0,000	1,000
	Hayır	23	50,50		
Ek Maddeler	Evet	77	53,27	- 1,755	0,079
	Hayır	23	41,24		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	77	52,10	- 1,007	0,314
	Hayır	23	45,15		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	77	51,96	- 0,923	0,356
	Hayır	23	45,61		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	77	52,08	- 0,999	0,318
	Hayır	23	45,20		

* p< 0,01

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 35 incelendiğinde; kemoterapi alan hastaların almayanlara göre KSE alt boyutlarından Somatizasyon puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 36 – Kemoterapi Alırken Alopesi Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=77)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Kemoterapide Alopesi Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	66	37,25	- 1,685	0,092
	Hayır	11	49,50		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	66	40,79	- 1,725	0,085
	Hayır	11	28,27		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	66	38,31	- 0,667	0,505
	Hayır	11	43,14		
Depresyon	Evet	66	39,45	- 0,439	0,661
	Hayır	11	36,27		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	66	38,95	- 0,051	0,959
	Hayır	11	39,32		
Hostilite	Evet	66	38,08	- 0,891	0,373
	Hayır	11	44,55		
Fobik Anksiyete	Evet	66	40,91	- 1,860	0,063
	Hayır	11	27,55		
Paranoid Düşünceler	Evet	66	39,72	- 0,694	0,488
	Hayır	11	34,68		
Psikotizm	Evet	66	39,36	- 0,352	0,725
	Hayır	11	36,82		
Ek Maddeler	Evet	66	40,52	- 1,464	0,143
	Hayır	11	29,91		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	66	39,13	- 0,124	0,902
	Hayır	11	38,23		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	66	40,02	- 0,976	0,329
	Hayır	11	32,91		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	66	39,14	- 0,131	0,896
	Hayır	11	38,18		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 36 incelendiğinde; kemoterapi alırken alopesi görülen hastalarla görülmeyen hastalar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 37 – Kemoterapi Alırken Bulantı Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=77)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Kemoterapide Bulantı Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	70	39,66	- 0,817	0,414
	Hayır	7	32,43		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	70	39,14	- 0,178	0,859
	Hayır	7	37,57		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	70	39,41	- 0,517	0,605
	Hayır	7	34,86		
Depresyon	Evet	70	39,60	- 0,748	0,455
	Hayır	7	33,00		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	70	39,71	- 0,890	0,374
	Hayır	7	31,86		
Hostilite	Evet	70	39,86	- 1,067	0,286
	Hayır	7	30,43		
Fobik Anksiyete	Evet	70	39,64	- 0,808	0,419
	Hayır	7	32,57		
Paranoid Düşünceler	Evet	70	39,49	- 0,613	0,540
	Hayır	7	34,07		
Psikotizm	Evet	70	39,53	- 0,661	0,508
	Hayır	7	33,71		
Ek Maddeler	Evet	70	40,08	-1,345	0,178
	Hayır	7	28,21		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	70	39,81	-1,010	0,312
	Hayır	7	30,86		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	70	39,76	- 0,949	0,343
	Hayır	7	31,36		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	70	39,81	- 1,010	0,312
	Hayır	7	30,86		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 37 incelendiğinde; kemoterapi alırken alopesi görülen hastalarla görülmeyen hastalar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 38 – Kemoterapi Alırken Kusma Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=77)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Kemoterapide Kusma Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	47	35,09	- 1,926	0,054
	Hayır	30	45,13		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	47	39,91	- 0,451	0,652
	Hayır	30	37,57		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	47	37,38	- 0,799	0,424
	Hayır	30	41,53		
Depresyon	Evet	47	39,29	- 0,142	0,887
	Hayır	30	38,55		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	47	37,62	- 0,682	0,495
	Hayır	30	41,17		
Hostilite	Evet	47	38,19	- 0,398	0,690
	Hayır	30	40,27		
Fobik Anksiyete	Evet	47	37,07	- 0,958	0,338
	Hayır	30	42,02		
Paranoid Düşünceler	Evet	47	35,43	- 1,761	0,078
	Hayır	30	44,60		
Psikotizm	Evet	47	38,70	- 0,148	0,883
	Hayır	30	39,47		
Ek Maddeler	Evet	47	41,44	- 1,203	0,229
	Hayır	30	35,18		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	47	37,23	- 0,867	0,386
	Hayır	30	41,77		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	47	38,90	- 0,047	0,962
	Hayır	30	39,15		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	47	37,24	- 0,862	0,389
	Hayır	30	41,75		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 38 incelendiğinde; kemoterapi alırken kusma görülen hastalarla görülmeyen hastalar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 39 – Kemoterapi Alırken İştahsızlık Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=77)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Kemoterapide İştahsızlık Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	49	39,68	- 0,356	0,722
	Hayır	28	37,80		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	49	43,54	- 2,366	0,018 *
	Hayır	28	31,05		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	49	43,97	- 2,596	0,009 **
	Hayır	28	30,30		
Depresyon	Evet	49	43,19	- 2,186	0,029 *
	Hayır	28	31,66		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	49	42,58	- 1,866	0,062
	Hayır	28	32,73		
Hostilite	Evet	49	40,19	- 0,622	0,534
	Hayır	28	36,91		
Fobik Anksiyete	Evet	49	39,12	- 0,064	0,949
	Hayır	28	38,79		
Paranoid Düşünceler	Evet	49	42,30	- 1,716	0,086
	Hayır	28	33,23		
Psikotizm	Evet	49	41,70	- 1,415	0,157
	Hayır	28	34,27		
Ek Maddeler	Evet	49	41,81	- 1,464	0,143
	Hayır	28	34,09		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	49	42,71	- 1,927	0,054
	Hayır	28	32,50		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	49	42,71	- 1,929	0,054
	Hayır	28	32,50		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	49	42,73	- 1,938	0,053
	Hayır	28	32,46		

* p<0,05 ** p<0,01

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 39 incelendiğinde; kemoterapi alırken yan etkilerden iştahsızlığı yaşayan hastaların yaşamayanlara göre KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk (p<0,05), Kişiler Arası Duyarlılık (p<0,01) ve Depresyon (p<0,05) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Tablo 40 – Kemoterapi Alırken Halsizlik Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=77)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Kemoterapide Halsizlik Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	61	38,43	- 0,434	0,664
	Hayır	16	41,16		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	61	39,02	- 0,019	0,985
	Hayır	16	38,91		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	61	40,54	- 1,188	0,235
	Hayır	16	33,12		
Depresyon	Evet	61	38,98	- 0,019	0,985
	Hayır	16	39,09		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	61	38,07	- 0,712	0,476
	Hayır	16	42,53		
Hostilite	Evet	61	37,41	- 1,222	0,222
	Hayır	16	45,06		
Fobik Anksiyete	Evet	61	38,30	- 0,547	0,584
	Hayır	16	41,69		
Paranoid Düşünceler	Evet	61	40,47	- 1,127	0,260
	Hayır	16	33,41		
Psikotizm	Evet	61	39,88	- 0,678	0,498
	Hayır	16	35,66		
Ek Maddeler	Evet	61	39,30	- 0,234	0,815
	Hayır	16	37,84		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	61	38,88	- 0,094	0,925
	Hayır	16	39,47		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	61	39,65	- 0,496	0,620
	Hayır	16	36,53		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	61	38,89	- 0,088	0,930
	Hayır	16	39,44		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 40 incelendiğinde; kemoterapi alırken halsizlik görülen hastalarla görülmeyen hastalar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 41 – Kemoterapi Alırken Ağız Yarası Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=77)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Kemoterapide Ağız Yarası Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	19	38,79	- 0,047	0,962
	Hayır	58	39,07		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	19	39,63	- 0,142	0,887
	Hayır	58	38,79		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	19	37,89	- 0,250	0,803
	Hayır	58	39,36		
Depresyon	Evet	19	37,16	- 0,415	0,678
	Hayır	58	39,60		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	19	36,11	- 0,652	0,514
	Hayır	58	39,95		
Hostilite	Evet	19	38,42	- 0,130	0,896
	Hayır	58	39,19		
Fobik Anksiyete	Evet	19	32,05	- 1,581	0,114
	Hayır	58	41,28		
Paranoid Düşünceler	Evet	19	30,45	- 1,927	0,054
	Hayır	58	41,80		
Psikotizm	Evet	19	39,18	- 0,042	0,967
	Hayır	58	38,94		
Ek Maddeler	Evet	19	43,11	- 0,927	0,354
	Hayır	58	37,66		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	19	35,82	- 0,715	0,475
	Hayır	58	40,04		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	19	34,50	- 1,011	0,312
	Hayır	58	40,47		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	19	35,84	- 0,709	0,478
	Hayır	58	40,03		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 41 incelendiğinde; kemoterapi alırken ağız yarası görülen hastalarla görülmeyen hastalar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 42 – Radyoterapi Alıp Almama Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Radyoterapi aldı mı?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	64	55,41	- 2,264	0,024 *
	Hayır	36	41,76		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	64	55,01	- 2,079	0,038 *
	Hayır	36	42,49		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	64	49,86	- 0,297	0,766
	Hayır	36	51,64		
Depresyon	Evet	64	52,70	- 1,017	0,309
	Hayır	36	46,58		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	64	52,14	- 0,757	0,449
	Hayır	36	47,58		
Hostilite	Evet	64	53,14	- 1,219	0,223
	Hayır	36	45,81		
Fobik Anksiyete	Evet	64	48,88	- 0,755	0,450
	Hayır	36	53,39		
Paranoid Düşünceler	Evet	64	49,95	- 0,252	0,801
	Hayır	36	51,47		
Psikotizm	Evet	64	49,84	- 0,304	0,761
	Hayır	36	51,67		
Ek Maddeler	Evet	64	52,86	- 1,091	0,275
	Hayır	36	46,31		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	64	52,51	- 0,923	0,356
	Hayır	36	46,93		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	64	53,48	- 1,370	0,171
	Hayır	36	45,21		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	64	52,52	- 0,930	0,352
	Hayır	36	46,90		

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 42 incelendiğinde; radyoterapi alan hastaların, almamalara göre KSE alt boyutlarından Somatizasyon ve Obsesif Kompulsif Bozukluk puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 43 – Radyoterapi Alırken Yanma Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=64)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Radyoterapide Yanma Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	6	28,33	- 0,577	0,564
	Hayır	58	32,93		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	6	28,42	- 0,567	0,571
	Hayır	58	32,92		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	6	22,50	- 1,395	0,163
	Hayır	58	33,53		
Depresyon	Evet	6	41,42	- 1,239	0,216
	Hayır	58	31,58		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	6	33,83	- 0,185	0,853
	Hayır	58	32,36		
Hostilite	Evet	6	31,67	- 0,116	0,908
	Hayır	58	32,59		
Fobik Anksiyete	Evet	6	41,25	- 1,225	0,220
	Hayır	58	31,59		
Paranoid Düşünceler	Evet	6	32,08	- 0,058	0,954
	Hayır	58	32,54		
Psikotizm	Evet	6	32,75	- 0,035	0,972
	Hayır	58	32,47		
Ek Maddeler	Evet	6	25,83	- 0,927	0,354
	Hayır	58	33,19		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	6	32,75	- 0,035	0,972
	Hayır	58	32,47		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	6	34,08	- 0,219	0,827
	Hayır	58	32,34		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	6	32,67	- 0,023	0,982
	Hayır	58	32,48		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 43 incelendiğinde; radyoterapi alırken yanma görülen hastalarla görülmeyen hastalar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 44 – Radyoterapi Alırken Bulantı Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=64)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Radyoterapide Bulantı Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	8	44,00	- 1,871	0,061
	Hayır	56	30,86		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	8	39,62	- 1,162	0,245
	Hayır	56	31,48		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	8	43,75	- 1,844	0,065
	Hayır	56	30,89		
Depresyon	Evet	8	51,75	- 3,142	0,002 **
	Hayır	56	29,75		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	8	48,19	- 2,555	0,011 *
	Hayır	56	30,26		
Hostilite	Evet	8	44,62	- 1,977	0,048
	Hayır	56	30,77		
Fobik Anksiyete	Evet	8	43,31	- 1,779	0,075
	Hayır	56	30,96		
Paranoid Düşünceler	Evet	8	41,81	- 1,518	0,129
	Hayır	56	31,17		
Psikotizm	Evet	8	48,19	- 2,571	0,010 *
	Hayır	56	30,26		
Ek Maddeler	Evet	8	37,62	- 0,837	0,402
	Hayır	56	31,77		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	8	47,62	- 2,456	0,014 *
	Hayır	56	30,34		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	8	47,06	- 2,368	0,018 *
	Hayır	56	30,42		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	8	47,62	- 2,456	0,014 *
	Hayır	56	30,34		

* p<0,05 ** p<0,01

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 44 incelendiğinde; radyoterapi alırken bulantısı olan hastaların, bulantısı olmayanlara göre KSE alt boyutlarından Depresyon (p<0,01), Anksiyete Bozukluğu (p<0,05), Psikotizm (p<0,01), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (p<0,05), Belirti Toplam İndeksi (p<0,05) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (p<0,05) puanlarının istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı olduğu saptandı.

Tablo 45 – Radyoterapi Alırken Kusma Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=64)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Radyoterapide Kusma Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	4	37,75	- 0,583	0,560
	Hayır	60	32,15		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	4	15,00	- 1,950	0,051
	Hayır	60	33,67		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	4	24,75	- 0,868	0,385
	Hayır	60	33,02		
Depresyon	Evet	4	24,38	- 0,906	0,365
	Hayır	60	33,04		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	4	31,62	- 0,097	0,922
	Hayır	60	32,56		
Hostilite	Evet	4	31,25	- 0,139	0,889
	Hayır	60	32,58		
Fobik Anksiyete	Evet	4	29,38	- 0,351	0,725
	Hayır	60	32,71		
Paranoid Düşünceler	Evet	4	4,00	- 3,174	0,002 *
	Hayır	60	34,40		
Psikotizm	Evet	4	18,00	- 1,624	0,104
	Hayır	60	33,47		
Ek Maddeler	Evet	4	31,62	- 0,098	0,922
	Hayır	60	32,56		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	4	22,75	- 1,082	0,279
	Hayır	60	33,15		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	4	17,12	- 1,708	0,088
	Hayır	60	33,52		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	4	22,75	- 1,082	0,279
	Hayır	60	33,15		

* p< 0,01

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 45 incelendiğinde; radyoterapi alırken kusması olmayan hastaların, olanlara göre KSE alt boyutlarından Paranoid Düşünceler puanının istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek olduğu saptandı (p<0,01).

Tablo 46 – Radyoterapi Alırken İştahsızlık Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=64)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Radyoterapide İştahsızlık Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet Hayır	4 60	43,12 31,79	- 1,181	0,238
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet Hayır	4 60	22,00 33,20	- 1,170	0,242
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet Hayır	4 60	32,25 32,52	- 0,028	0,978
Depresyon	Evet Hayır	4 60	18,25 33,45	- 1,589	0,112
Anksiyete Bozukluğu	Evet Hayır	4 60	27,88 32,81	- 0,515	0,607
Hostilite	Evet Hayır	4 60	29,12 32,72	- 0,376	0,707
Fobik Anksiyete	Evet Hayır	4 60	27,62 32,82	- 0,548	0,584
Paranoid Düşünceler	Evet Hayır	4 60	21,88 33,21	- 1,183	0,237
Psikotizm	Evet Hayır	4 60	20,75 33,28	- 1,316	0,188
Ek Maddeler	Evet Hayır	4 60	41,38 31,91	- 0,990	0,322
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet Hayır	4 60	25,50 32,97	- 0,777	0,437
Belirti Toplam İndeksi	Evet Hayır	4 60	19,00 33,40	- 1,500	0,134
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet Hayır	4 60	25,50 32,97	- 0,777	0,437

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 46 incelendiğinde; radyoterapi alırken iştahsızlık görülen hastalarla görülmeyen hastalar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 47 – Radyoterapi Alırken Halsizlik Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=64)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Radyoterapide Halsizlik Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	11	40,77	- 1,622	0,105
	Hayır	53	30,78		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	11	34,09	- 0,313	0,754
	Hayır	53	32,17		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	11	29,95	- 0,503	0,615
	Hayır	53	33,03		
Depresyon	Evet	11	31,36	- 0,224	0,823
	Hayır	53	32,74		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	11	32,05	- 0,089	0,929
	Hayır	53	32,59		
Hostilite	Evet	11	30,68	- 0,357	0,721
	Hayır	53	32,88		
Fobik Anksiyete	Evet	11	32,55	- 0,009	0,993
	Hayır	53	32,49		
Paranoid Düşünceler	Evet	11	31,50	- 0,197	0,844
	Hayır	53	32,71		
Psikotizm	Evet	11	30,45	- 0,404	0,686
	Hayır	53	32,92		
Ek Maddeler	Evet	11	31,59	- 0,179	0,858
	Hayır	53	32,69		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	11	32,59	- 0,018	0,986
	Hayır	53	32,48		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	11	33,14	- 0,125	0,901
	Hayır	53	32,37		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	11	32,64	- 0,027	0,979
	Hayır	53	32,47		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 47 incelendiğinde; radyoterapi alırken halsizlik görülen hastalarla görülmeyen hastalar arasında KSE alt boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 48 – Radyoterapi Alırken Ağrı Görülmesi ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=64)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Radyoterapide Ağrı Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet	5	42,00	- 1,190	0,234
	Hayır	59	31,69		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	5	32,70	- 0,025	0,980
	Hayır	59	32,48		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	5	36,10	- 0,455	0,649
	Hayır	59	32,19		
Depresyon	Evet	5	42,20	- 1,220	0,223
	Hayır	59	31,68		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	5	44,40	- 1,493	0,135
	Hayır	59	31,49		
Hostilite	Evet	5	39,70	- 0,904	0,366
	Hayır	59	31,89		
Fobik Anksiyete	Evet	5	51,80	- 2,446	0,014 *
	Hayır	59	30,86		
Paranoid Düşünceler	Evet	5	42,60	- 1,268	0,205
	Hayır	59	31,64		
Psikotizm	Evet	5	37,10	- 0,581	0,561
	Hayır	59	32,11		
Ek Maddeler	Evet	5	40,80	- 1,044	0,296
	Hayır	59	31,80		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	5	43,30	- 1,351	0,177
	Hayır	59	31,58		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	5	43,30	- 1,353	0,176
	Hayır	59	31,58		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	5	43,40	- 1,363	0,173
	Hayır	59	31,58		

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 48 incelendiğinde; radyoterapi alırken ağrısı olan hastaların, ağrısı olmayanlara göre KSE alt boyutlarından Fobik Anksiyete puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 49 – Ameliyattan Sonra Giyim Tarzında Değişiklik Olması ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Ameliyattan Sonra Giyim Tarzında Değişiklik Oldu Mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Somatizasyon	Evet Hayır	22 78	55,68 49,04	- 0,951	0,342
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet Hayır	22 78	60,48 47,69	- 1,833	0,067
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet Hayır	22 78	56,45 48,82	- 1,100	0,271
Depresyon	Evet Hayır	22 78	57,20 48,61	- 1,232	0,218
Anksiyete Bozukluğu	Evet Hayır	22 78	57,02 48,66	- 1,198	0,231
Hostilite	Evet Hayır	22 78	58,50 48,24	- 1,471	0,141
Fobik Anksiyete	Evet Hayır	22 78	60,95 47,55	- 1,935	0,053
Paranoid Düşünceler	Evet Hayır	22 78	66,59 45,96	- 2,957	0,003 **
Psikotizm	Evet Hayır	22 78	57,45 48,54	- 1,284	0,199
Ek Maddeler	Evet Hayır	22 78	56,91 48,69	- 1,180	0,238
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet Hayır	22 78	61,32 47,45	- 1,980	0,048 *
Belirti Toplam İndeksi	Evet Hayır	22 78	60,05 47,81	- 1,749	0,080
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet Hayır	22 78	61,34 47,44	- 1,985	0,047 *

* p<0,05 ** p<0,01

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 49 incelendiğinde; ameliyattan sonra giyim tarzında değişiklik olanların, olmayanlara göre KSE alt boyutlarından Paranoid Düşünceler (p<0,01), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (p<0,05) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (p<0,05) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Tablo 50 – Göğüsün Estetik Görünümü İçin Bir Uygulamada Bulunma Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=100)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Alınan göğsün estetik görüntüsü için bir girişimde bulunuyor mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	48	52,23	- 0,574	0,566
	Hayır	52	48,90		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	48	53,20	- 0,897	0,370
	Hayır	52	48,01		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	48	53,01	- 0,839	0,401
	Hayır	52	48,18		
Depresyon	Evet	48	52,92	- 0,804	0,422
	Hayır	52	48,27		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	48	53,28	- 0,924	0,355
	Hayır	52	47,93		
Hostilite	Evet	48	52,31	- 0,603	0,547
	Hayır	52	48,83		
Fobik Anksiyete	Evet	48	51,60	- 0,370	0,712
	Hayır	52	49,48		
Paranoid Düşünceler	Evet	48	54,43	- 1,305	0,192
	Hayır	52	46,88		
Psikotizm	Evet	48	52,57	- 0,693	0,489
	Hayır	52	48,59		
Ek Maddeler	Evet	48	49,38	- 0,375	0,708
	Hayır	52	51,54		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	48	53,44	- 0,973	0,331
	Hayır	52	47,79		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	48	52,66	- 0,715	0,475
	Hayır	52	48,51		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	48	53,44	- 0,973	0,331
	Hayır	52	47,79		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 50 incelendiğinde; ameliyattan sonra alınan göğsün estetik görünümü için bir uygulamada bulunanlar ile bulunmayanlar arasında KSE alt boyutlarına yönelik anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 51 – Ameliyat Sonrası Estetik Görünüm İçin Tercih Edilen Yollar ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=48)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Estetik görünüm için ne yapıyor?	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	p
Somatizasyon	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	21,37	4,799	0,091
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	29,82		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	16,25		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	22,37	2,457	0,293
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	28,24		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	17,75		
Kişiler Arası Duyarlılık	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	21,31	6,109	0,047 *
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	30,24		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	13,00		
Depresyon	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	20,96	10,829	0,004 **
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	31,63		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	4,50		
Anksiyete Bozukluğu	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	21,89	9,457	0,009 **
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	30,53		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	2,50		
Hostilite	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	20,43	12,518	0,002 **
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	32,39		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	4,50		
Fobik Anksiyete	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	22,37	2,360	0,307
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	28,16		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	18,50		
Paranoid Düşünceler	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	22,04	2,126	0,345
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	28,11		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	23,50		
Psikotizm	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	21,80	7,142	0,028 *
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	30,13		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	7,50		
Ek Maddeler	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	21,15	3,593	0,166
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	28,79		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	29,00		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	20,96	9,176	0,010 *
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	31,32		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	7,50		
Belirti Toplam İndeksi	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	22,26	5,623	0,060
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	29,37		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	8,50		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	20,96	9,176	0,010 *
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	31,32		
	Estetik operasyon geçirmiş	2	7,50		

* p < 0,05 ** p < 0,01

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 51 incelendiğinde; ameliyat sonrası estetik görünüm için sutyen içine silikon protez koyanların, sünger destekli sutyen kullananlar ve estetik operasyon geçirenlere göre KSE alt boyutlarından Kişiler Arası Duyarlılık (p<0,05), Depresyon (p<0,01), Anksiyete Bozukluğu (p<0,01), Hostilite (p<0,01), Psikotizm (p<0,05), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (p<0,05) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (p<0,05) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Tablo 52 – Ameliyat Sonrası Eşin Sevgisindeki Değişiklik Durumu ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=85)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Eşinin sevgisinde değişiklik olduğuna inanıyor mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	P
Somatizasyon	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	41,36	3,611	0,164
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	37,87		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	48,42		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	58,86	5,948	0,051
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	36,94		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	46,22		
Kişiler Arası Duyarlılık	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	49,21	4,648	0,098
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	36,79		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	48,09		
Depresyon	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	61,29	7,020	0,030 *
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	36,71		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	46,01		
Anksiyete Bozukluğu	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	55,57	4,289	0,117
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	37,65		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	46,09		
Hostilite	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	50,50	5,877	0,053
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	36,00		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	48,65		
Fobik Anksiyete	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	40,21	0,523	0,770
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	41,45		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	45,05		
Paranoid Düşünceler	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	53,79	2,535	0,281
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	39,15		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	44,91		
Psikotizm	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	54,57	2,222	0,329
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	39,97		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	43,95		
Ek Maddeler	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	49,64	2,876	0,237
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	38,18		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	46,63		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	55,00	5,859	0,053
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	36,29		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	47,55		
Belirti Toplam İndeksi	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	56,50	3,231	0,199
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	39,08		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	44,50		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	55,00	5,841	0,054
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	36,31		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	47,54		

* p<0,05

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 52 incelendiğinde; ameliyattan sonra eşinin ona karşı soğuduğunu düşünenlerin, daha ilgili olduğunu düşünenlere ve eşinin sevgisinde bir değişiklik olmadığını düşünenlere göre KSE alt boyutlarından Depresyon puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 53 – Ameliyat Sonrası Cinsel Hayatta Değişiklik Olup Olmaması ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=85)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Ameliyattan sonra cinsel hayatında değişiklik oldu mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Evet	33	43,86	- 0,257	0,797
	Hayır	52	42,45		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	33	48,18	- 1,547	0,122
	Hayır	52	39,71		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	33	49,11	- 1,833	0,067
	Hayır	52	39,12		
Depresyon	Evet	33	51,00	- 2,391	0,017 *
	Hayır	52	37,92		
Anksiyete Bozukluğu	Evet	33	45,18	- 0,652	0,515
	Hayır	52	41,62		
Hostilite	Evet	33	45,97	- 0,887	0,375
	Hayır	52	41,12		
Fobik Anksiyete	Evet	33	47,77	- 1,435	0,151
	Hayır	52	39,97		
Paranoid Düşünceler	Evet	33	52,38	- 2,801	0,005 **
	Hayır	52	37,05		
Psikotizm	Evet	33	49,06	- 1,820	0,069
	Hayır	52	39,15		
Ek Maddeler	Evet	33	47,82	- 1,443	0,149
	Hayır	52	39,94		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Evet	33	48,62	- 1,673	0,094
	Hayır	52	39,43		
Belirti Toplam İndeksi	Evet	33	52,11	- 2,713	0,007 **
	Hayır	52	37,22		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Evet	33	48,64	- 1,677	0,093
	Hayır	52	39,42		

* p<0,05 ** p<0,01

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 53 incelendiğinde; ameliyattan sonra cinsel hayatından değişiklik olduğunu düşünenlerin, olmadığını düşünenlere göre KSE alt boyutlarından Depresyon (p<0,05), Paranoid Düşünceler (p<0,01) ve Belirti Toplam İndeksi (p<0,01) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Tablo 54 – Ameliyat Sonrası Cinsel Hayatta Olan Değişikliğin Yönü ile KSE Alt Boyutlarının İlişkisi (N=33)

Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutları	Ameliyattan sonra cinsel hayatında olan değişikliğin yönü	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Somatizasyon	Olumlu yönde	2	4,00	- 1,967	0,049 *
	Olumsuz yönde	31	17,84		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Olumlu yönde	2	14,25	- 0,417	0,677
	Olumsuz yönde	31	17,18		
Kişiler Arası Duyarlılık	Olumlu yönde	2	10,00	- 1,063	0,288
	Olumsuz yönde	31	17,45		
Depresyon	Olumlu yönde	2	9,50	- 1,134	0,257
	Olumsuz yönde	31	17,48		
Anksiyete Bozukluğu	Olumlu yönde	2	2,75	- 2,165	0,030 *
	Olumsuz yönde	31	17,92		
Hostilite	Olumlu yönde	2	5,25	- 1,781	0,075
	Olumsuz yönde	31	17,76		
Fobik Anksiyete	Olumlu yönde	2	10,00	- 1,067	0,286
	Olumsuz yönde	31	17,45		
Paranoid Düşünceler	Olumlu yönde	2	11,75	- 0,795	0,427
	Olumsuz yönde	31	17,34		
Psikotizm	Olumlu yönde	2	12,25	- 0,721	0,471
	Olumsuz yönde	31	17,31		
Ek Maddeler	Olumlu yönde	2	7,00	- 1,532	0,126
	Olumsuz yönde	31	17,65		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Olumlu yönde	2	6,50	- 1,584	0,113
	Olumsuz yönde	31	17,68		
Belirti Toplam İndeksi	Olumlu yönde	2	7,75	- 1,398	0,162
	Olumsuz yönde	31	17,60		
Semptom Rahatsızlık İndeksi	Olumlu yönde	2	6,50	- 1,584	0,113
	Olumsuz yönde	31	17,68		

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 54 incelendiğinde; ameliyattan sonra cinsel hayatının olumsuz yönde etkilendiğini düşünenlerin, olumlu yönde etkilendiğini düşünenlere göre KSE alt boyutlarından Somatizasyon ve Anksiyete Bozukluğu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

6.3. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN KARŞILAŞTIRMALAR

Tablo 55 – Hastaların ve Eşlerinin Eğitim Durumu ile Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	p	
Algılanan Özel İnsan Desteği	Hastanın Eğitim Durumu (N=100)	Okuryazar değil	12	68,96	10,401	0,065
		Okuryazar	6	64,08		
		İlkokul	59	46,96		
		Ortaokul	7	54,93		
		Lise	14	45,93		
	Üniversite	2	20,00			
Eşinin Eğitim Durumu (N=85)	Okuryazar değil	—	—	7,352	0,118	
	Okuryazar	5	57,10			
	İlkokul	53	47,79			
	Ortaokul	13	40,85			
	Lise	14	36,50			
Üniversite	3	18,50				
Algılanan Aile Desteği	Hastanın Eğitim Durumu (N=100)	Okuryazar değil	12	72,17	15,971	0,007 **
		Okuryazar	6	69,08		
		İlkokul	59	49,12		
		Ortaokul	7	39,57		
		Lise	14	38,89		
	Üniversite	2	25,00			
Eşinin Eğitim Durumu (N=85)	Okuryazar değil	—	—	6,191	0,185	
	Okuryazar	5	60,50			
	İlkokul	53	46,19			
	Ortaokul	13	43,62			
	Lise	14	38,14			
Üniversite	3	21,50				
Algılanan Arkadaş Desteği	Hastanın Eğitim Durumu (N=100)	Okuryazar değil	12	63,75	9,702	0,084
		Okuryazar	6	44,42		
		İlkokul	59	50,72		
		Ortaokul	7	64,14		
		Lise	14	39,07		
	Üniversite	2	15,00			
Eşinin Eğitim Durumu (N=85)	Okuryazar değil	—	—	4,690	0,321	
	Okuryazar	5	35,50			
	İlkokul	53	49,11			
	Ortaokul	13	37,62			
	Lise	14	36,68			
Üniversite	3	44,33				
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Hastanın Eğitim Durumu (N=100)	Okuryazar değil	12	68,67	11,649	0,040 *
		Okuryazar	6	56,08		
		İlkokul	59	48,49		
		Ortaokul	7	60,00		
		Lise	14	42,54		
	Üniversite	2	6,50			
Eşinin Eğitim Durumu (N=85)	Okuryazar değil	—	—	4,609	0,330	
	Okuryazar	5	50,10			
	İlkokul	53	48,23			
	Ortaokul	13	40,77			
	Lise	14	35,11			
Üniversite	3	29,33				

* p<0,05 ** p<0,01

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 55 incelendiğinde; okuryazar olmayan hastaların diğer eğitim gruplarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Aile Desteği (p<0,01) ve Algılanan Toplam Sosyal Destek (p<0,05) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Eşlerinin eğitim durumu ile hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 56 – Hastaların Medeni Durumları ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi (N=100)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durumu	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Evli	85	48,14	- 2,002	0,045 *
	Dul	15	63,90		
Algılanan Aile Desteği	Evli	85	50,08	- 0,370	0,711
	Dul	15	52,90		
Algılanan Arkadaş Desteği	Evli	85	51,52	- 0,845	0,398
	Dul	15	44,73		
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Evli	85	48,83	- 1,373	0,170
	Dul	15	59,97		

* p<0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 56 incelendiğinde; dul olan hastaların evli olanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 57 – Hastaların Ameliyat Sonrası Eşinin Sevgisinde Değişiklik Olduğunu Düşünme Durumu ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi (N=85)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	Eşinin sevgisinde değişiklik olduğuna inanıyor mu?	n	Ortalama Sıra Derecesi	X ² KW	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	56,57	7,170	0,028 *
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	35,95		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	47,62		
Algılanan Aile Desteği	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	54,29	6,546	0,038 *
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	36,26		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	47,72		
Algılanan Arkadaş Desteği	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	32,21	1,882	0,390
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	42,22		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	45,72		
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Ona karşı soğuduğunu düşünüyor	7	48,71	4,117	0,128
	Daha ilgili olduğunu düşünüyor	39	37,12		
	Bir değişiklik olduğunu düşünmüyor	39	47,86		

* p<0,05

X² KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 57 incelendiğinde; ameliyattan sonra eşinin ona karşı soğuduğunu düşünenlerin daha ilgili olduğunu düşünenlere ve eşinin sevgisinde bir değişiklik olmadığını düşünenlere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Aile Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 58 – Hastaların Estetik Görünüm İçin Bir Uygulamada Bulunup Bulunmamaları, Giyim Tarzında Değişiklik Yapıp Yapmamaları ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi (N=100)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları		n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Estetik Görünüm İçin Bir Uygulamada Bulunuyor Mu?	Evet 48 Hayır 52	53,55 47,68	- 1,043	0,297
	Ameliyattan Sonra Giyim Tarzında Değişiklik Oldu Mu?	Evet 22 Hayır 78	52,02 50,07	- 0,288	0,774
Algılanan Aile Desteği	Estetik Görünüm İçin Bir Uygulamada Bulunuyor Mu?	Evet 48 Hayır 52	51,66 49,43	- 0,408	0,683
	Ameliyattan Sonra Giyim Tarzında Değişiklik Oldu Mu?	Evet 22 Hayır 78	52,02 50,07	- 0,297	0,766
Algılanan Arkadaş Desteği	Estetik Görünüm İçin Bir Uygulamada Bulunuyor Mu?	Evet 48 Hayır 52	49,17 51,73	- 0,447	0,655
	Ameliyattan Sonra Giyim Tarzında Değişiklik Oldu Mu?	Evet 22 Hayır 78	50,66 50,46	- 0,029	0,977
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Estetik Görünüm İçin Bir Uygulamada Bulunuyor Mu?	Evet 48 Hayır 52	52,38 48,77	- 0,622	0,534
	Ameliyattan Sonra Giyim Tarzında Değişiklik Oldu Mu?	Evet 22 Hayır 78	51,41 50,24	- 0,167	0,868

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 58 incelendiğinde; hastaların estetik görünüm için bir uygulamada bulunup bulunmaması ve giyim tarzında değişiklik yapıp yapmaması ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 59 – Hastaların Estetik Görünüm İçin Tercih Ettikleri Yöntem ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi (N=48)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	Estetik Görüntü İçin Ne Yapıyor?	n	Ortalama Sıra Derecesi	χ^2 KW	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	21,04	4,187	0,123
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	29,45		
	Estetik operasyon	2	24,25		
Algılanan Aile Desteği	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	19,89	8,220	0,016 *
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	31,26		
	Estetik operasyon	2	22,50		
Algılanan Arkadaş Desteği	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	24,17	3,379	0,185
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	26,71		
	Estetik operasyon	2	8,00		
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Sünger destekli sutyen kullanıyor	27	21,50	4,931	0,085
	Sutyen içine silikon protez koyuyor	19	29,79		
	Estetik operasyon	2	14,75		

* $p < 0,05$

χ^2 KW: Kruskal - Wallis Testi

Tablo 59 incelendiğinde; ameliyat sonrası alınan göğüsün estetik görünümü için sutyen içine silikon protez koyanların sünger destekli sutyen kullananlara ve estetik operasyon geçirenlere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Aile Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 60 – Hastaların Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü Olup Olmaması, Annesinde Meme Kanseri Olması, Halasında Meme Kanseri Olması ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları		n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P	
Algılanan Özel İnsan Desteği	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Var Mi? (N=100)	Evet Hayır	19 81	47,24 51,27	- 0,562	0,574
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Varsa, Anne Mi? (N=19)	Evet Hayır	7 12	11,43 9,17	- 0,893	0,372
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Varsa, Hala Mi? (N=19)	Evet Hayır	6 13	11,17 9,46	- 0,649	0,516
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Var Mi? (N=100)	Evet Hayır	19 81	42,13 52,46	- 1,489	0,137
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Varsa, Anne Mi? (N=19)	Evet Hayır	7 12	9,43 10,33	- 0,391	0,696
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Varsa, Hala Mi? (N=19)	Evet Hayır	6 13	13,50 8,38	- 2,130	0,033 *
Algılanan Arkadaş Desteği	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Var Mi? (N=100)	Evet Hayır	19 81	50,11 50,59	- 0,067	0,947
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Varsa, Anne Mi? (N=19)	Evet Hayır	7 12	10,00 10,00	0,000	1,000
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Varsa, Hala Mi? (N=19)	Evet Hayır	6 13	9,00 10,46	- 0,537	0,591
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Var Mi? (N=100)	Evet Hayır	19 81	47,63 51,17	- 0,480	0,632
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Varsa, Anne Mi? (N=19)	Evet Hayır	7 12	10,43 9,75	- 0,255	0,799
	Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olan Birey Varsa, Hala Mi? (N=19)	Evet Hayır	6 13	10,08 9,96	- 0,044	0,965

* p< 0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 60 incelendiğinde; halasında meme kanseri öyküsü olanların, olmayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Aile Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ailesinde meme kanseri öyküsü olup olmaması ve anne meme kanseri öyküsü olup olmaması ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 61 – Hastaların Hastalanmadan Önce Hastalıkla İlgili Bilgi Sahibi Olup Olmaması, Televizyondan Bilgi Alması ve Hemşireden Bilgi Alması ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları		n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P	
Algılanan Özel İnsan Desteği	Hastalanmadan Önce Meme Kanseri İle İlgili Bilgisi Var mıydı? (N=100)	Evet Hayır	37 63	45,45 53,47	- 1,377	0,168
	Meme Kanseri ile İlgili Bilgiyi Televizyondan Mı Aldı? (N=37)	Evet Hayır	18 19	20,58 17,50	- 0,912	0,362
	Meme Kanseri ile İlgili Bilgiyi Hemşireden Mi Aldı? (N=37)	Evet Hayır	2 35	20,25 18,93	- 0,177	0,860
Algılanan Aile Desteği	Hastalanmadan Önce Meme Kanseri İle İlgili Bilgisi Var mıydı? (N=100)	Evet Hayır	37 63	43,77 54,45	- 1,894	0,058
	Meme Kanseri ile İlgili Bilgiyi Televizyondan Mı Aldı? (N=37)	Evet Hayır	18 19	22,64 15,55	- 2,241	0,025 *
	Meme Kanseri ile İlgili Bilgiyi Hemşireden Mi Aldı? (N=37)	Evet Hayır	2 35	24,25 18,70	- 0,794	0,427
Algılanan Arkadaş Desteği	Hastalanmadan Önce Meme Kanseri İle İlgili Bilgisi Var mıydı? (N=100)	Evet Hayır	37 63	44,84 53,83	- 1,513	0,130
	Meme Kanseri ile İlgili Bilgiyi Televizyondan Mı Aldı? (N=37)	Evet Hayır	18 19	20,89 17,21	- 1,070	0,284
	Meme Kanseri ile İlgili Bilgiyi Hemşireden Mi Aldı? (N=37)	Evet Hayır	2 35	32,25 18,24	- 1,844	0,065
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Hastalanmadan Önce Meme Kanseri İle İlgili Bilgisi Var mıydı? (N=100)	Evet Hayır	37 63	44,97 53,75	- 1,462	0,144
	Meme Kanseri ile İlgili Bilgiyi Televizyondan Mı Aldı? (N=37)	Evet Hayır	18 19	20,83 17,26	- 1,005	0,315
	Meme Kanseri ile İlgili Bilgiyi Hemşireden Mi Aldı? (N=37)	Evet Hayır	2 35	34,00 18,14	- 2,020	0,043 *

* p<0,05

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 61 incelendiğinde; meme kanseri tanısı almadan önce televizyondan hastalık ile ilgili bilgi alan hastaların almayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Aile Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Meme kanseri tanısı almadan önce hemşire tarafından hastalık hakkında bilgi alanların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Toplam Sosyal Destek puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Hastalanmadan önce meme kanseri ile ilgili bilgisi olanlarla olmayanlar arasında algılanan sosyal destek yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 62 – Yapılan Operasyonun Türü ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi (N=100)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları		n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Algılanan Özel İnsan Desteği	Total Mastektomi	73	51,76	- 0,737	0,461
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	47,09		
Algılanan Aile Desteği	Total Mastektomi	73	50,52	- 0,012	0,990
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	50,44		
Algılanan Arkadaş Desteği	Total Mastektomi	73	50,25	- 0,141	0,888
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	51,17		
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Total Mastektomi	73	51,25	- 0,424	0,672
	Meme Koruyucu Cerrahi	27	48,48		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 62 incelendiğinde; yapılan operasyonun türü ile hastaların algıladıkları sosyal destek arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 63 – Hastaların Kemoterapi ve Radyoterapi Alıp Almamaları ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi (N=100)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları			n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	P
Algılanan Özel İnsan Desteği	Kemoterapi aldı mı?	Evet	77	50,76	- 0,169	0,866
		Hayır	23	49,63		
	Radyoterapi aldı mı?	Evet	64	50,48	- 0,011	0,991
		Hayır	36	50,54		
Algılanan Aile Desteği	Kemoterapi aldı mı?	Evet	77	50,45	- 0,035	0,972
		Hayır	23	50,67		
	Radyoterapi aldı mı?	Evet	64	52,34	- 0,903	0,367
		Hayır	36	47,22		
Algılanan Arkadaş Desteği	Kemoterapi aldı mı?	Evet	77	49,51	- 0,634	0,526
		Hayır	23	53,83		
	Radyoterapi aldı mı?	Evet	64	50,30	- 0,094	0,925
		Hayır	36	50,86		
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Kemoterapi aldı mı?	Evet	77	49,82	- 0,431	0,667
		Hayır	23	52,78		
	Radyoterapi aldı mı?	Evet	64	50,20	- 0,140	0,888
		Hayır	36	51,04		

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 63 incelendiğinde; hastaların kemoterapi ve radyoterapi alıp almaması ile algıladıkları sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 64 – Kemoterapi Alan Hastalarda En Sık Gözlenen Yan Etkiler ile Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi (N=77)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	En sık gözlenen yan etkiler;	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p	
Algılanan Özel İnsan Desteği	Alopesi oldu mu?	Evet Hayır	66 11	38,80 40,18	- 0,195	0,845
	Bulantı oldu mu?	Evet Hayır	70 7	39,29 36,14	- 0,366	0,715
	Kusma oldu mu?	Evet Hayır	47 30	38,61 39,62	- 0,199	0,842
	Halsizlik oldu mu?	Evet Hayır	61 16	41,75 28,53	- 2,169	0,030 *
	İştahsızlık oldu mu?	Evet Hayır	49 28	43,33 31,43	- 2,316	0,021 *
	Ağızda yara oldu mu?	Evet Hayır	19 58	41,76 38,09	- 0,640	0,522
Algılanan Aile Desteği	Alopesi oldu mu?	Evet Hayır	66 11	38,65 41,09	- 0,356	0,722
	Bulantı oldu mu?	Evet Hayır	70 7	38,44 44,64	- 0,743	0,457
	Kusma oldu mu?	Evet Hayır	47 30	34,79 45,60	- 2,196	0,028 *
	Halsizlik oldu mu?	Evet Hayır	61 16	39,34 37,72	- 0,273	0,785
	İştahsızlık oldu mu?	Evet Hayır	49 28	40,14 37,00	- 0,630	0,529
	Ağızda yara oldu mu?	Evet Hayır	19 58	37,37 39,53	- 0,389	0,697
Algılanan Arkadaş Desteği	Alopesi oldu mu?	Evet Hayır	66 11	38,11 44,32	- 0,866	0,387
	Bulantı oldu mu?	Evet Hayır	70 7	38,58 43,21	- 0,532	0,595
	Kusma oldu mu?	Evet Hayır	47 30	38,26 40,17	- 0,372	0,710
	Halsizlik oldu mu?	Evet Hayır	61 16	40,22 34,34	- 0,951	0,342
	İştahsızlık oldu mu?	Evet Hayır	49 28	44,51 29,36	- 2,907	0,004 **
	Ağızda yara oldu mu?	Evet Hayır	19 58	37,45 39,51	- 0,354	0,723
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Alopesi oldu mu?	Evet Hayır	66 11	38,55 41,68	- 0,430	0,667
	Bulantı oldu mu?	Evet Hayır	70 7	38,98 39,21	- 0,027	0,979
	Kusma oldu mu?	Evet Hayır	47 30	37,34 41,60	- 0,817	0,414
	Halsizlik oldu mu?	Evet Hayır	61 16	40,68 32,59	- 1,290	0,197
	İştahsızlık oldu mu?	Evet Hayır	49 28	43,90 30,43	- 2,548	0,011 *
	Ağızda yara oldu mu?	Evet Hayır	19 58	39,26 38,91	- 0,059	0,953

* p<0,05 ** p<0,01

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 64 incelendiğinde; kemoterapi alırken yan etkilerden kusmayı yaşamayan hastaların yaşayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutu Algılanan Aile Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Kemoterapi alırken yan etkilerden iştahsızlık yaşayan hastaların yaşamayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği ($p<0,05$), Algılanan Arkadaş Desteği ($p<0,01$) ve Algılanan Toplam Sosyal Destek ($p<0,05$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Kemoterapi alırken yan etkilerden halsizliği yaşayan hastaların yaşamayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Hastaların, kemoterapi alırken alopesi, bulantı ve ağızda yara oluşumu sorunlarını yaşayıp yaşamadıkları ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 65 – Radyoterapi Alan Hastalarda En Sık Gözlenen Yan Etkiler ile Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	En sık gözlenen yan etkiler;	n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p	
Algılanan Özel İnsan Desteği	Yanma oldu mu?	Evet Hayır	6 58	41,92 31,53	- 1,354	0,176
	Bulantı oldu mu?	Evet Hayır	8 56	49,25 30,11	- 2,829	0,005 *
	Kusma oldu mu?	Evet Hayır	4 60	31,25 32,58	- 0,144	0,885
	Halsizlik oldu mu?	Evet Hayır	11 53	36,50 31,67	- 0,814	0,415
	İştahsızlık oldu mu?	Evet Hayır	4 60	34,50 32,37	- 0,231	0,817
	Ağrı oldu mu?	Evet Hayır	5 59	39,50 31,91	- 0,911	0,362
Algılanan Aile Desteği	Yanma oldu mu?	Evet Hayır	6 58	44,83 31,22	- 1,792	0,073
	Bulantı oldu mu?	Evet Hayır	8 56	50,50 29,93	- 3,073	0,002 *
	Kusma oldu mu?	Evet Hayır	4 60	31,12 32,59	- 0,160	0,873
	Halsizlik oldu mu?	Evet Hayır	11 53	37,36 31,49	- 1,001	0,317
	İştahsızlık oldu mu?	Evet Hayır	4 60	31,00 32,60	- 0,175	0,861
	Ağrı oldu mu?	Evet Hayır	5 59	45,20 31,42	- 1,670	0,095
Algılanan Arkadaş Desteği	Yanma oldu mu?	Evet Hayır	6 58	37,08 32,03	- 0,643	0,520
	Bulantı oldu mu?	Evet Hayır	8 56	41,19 31,26	- 1,432	0,152
	Kusma oldu mu?	Evet Hayır	4 60	22,38 33,18	- 1,140	0,254
	Halsizlik oldu mu?	Evet Hayır	11 53	31,68 32,67	- 0,163	0,871
	İştahsızlık oldu mu?	Evet Hayır	4 60	27,12 32,86	- 0,605	0,545
	Ağrı oldu mu?	Evet Hayır	5 59	25,90 33,06	- 0,838	0,402
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Yanma oldu mu?	Evet Hayır	6 58	44,92 31,22	- 1,721	0,085
	Bulantı oldu mu?	Evet Hayır	8 56	50,88 29,88	- 2,993	0,003 *
	Kusma oldu mu?	Evet Hayır	4 60	29,00 32,73	- 0,389	0,697
	Halsizlik oldu mu?	Evet Hayır	11 53	33,50 32,29	- 0,196	0,844
	İştahsızlık oldu mu?	Evet Hayır	4 60	31,25 32,58	- 0,139	0,889
	Ağrı oldu mu?	Evet Hayır	5 59	37,50 32,08	- 0,627	0,530

** p< 0,01

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 65 incelendiğinde; radyoterapi alırken bulantı görülen hastaların, bulantı görülmeyenlere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği, Algılanan Aile Desteği ve Algılanan Toplam Sosyal Destek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. ($p<0,01$).

Tablo 66 – Hastaların Cinsel Hayatında Değişiklik Olup Olmaması ve Değişiklik Yaşayanların Ne Yönde Değişiklik Yaşadığı ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları		n	Ortalama Sıra Derecesi	Z	p	
Algılanan Özel İnsan Desteği	Ameliyattan Sonra Cinsel Hayatından Değişiklik Oldu Mu? (N=85)	Evet Hayır	33 52	47,55 40,12	- 1,403	0,161
	Ameliyattan Sonra Cinsel Hayatından Değişiklik Olduysa; Ne Yönde? (N=33)	Olumlu yönde Olumsuz yönde	2 31	6,50 17,68	- 1,626	0,104
Algılanan Aile Desteği	Ameliyattan Sonra Cinsel Hayatından Değişiklik Oldu Mu? (N=85)	Evet Hayır	33 52	47,77 39,97	- 1,509	0,131
	Ameliyattan Sonra Cinsel Hayatından Değişiklik Olduysa; Ne Yönde? (N=33)	Olumlu yönde Olumsuz yönde	2 31	7,00 17,65	- 1,558	0,119
Algılanan Arkadaş Desteği	Ameliyattan Sonra Cinsel Hayatından Değişiklik Oldu Mu? (N=85)	Evet Hayır	33 52	43,97 42,38	- 0,291	0,771
	Ameliyattan Sonra Cinsel Hayatından Değişiklik Olduysa; Ne Yönde? (N=33)	Olumlu yönde Olumsuz yönde	2 31	10,00 17,45	- 1,069	0,285
Algılanan Toplam Sosyal Destek	Ameliyattan Sonra Cinsel Hayatından Değişiklik Oldu Mu? (N=85)	Evet Hayır	33 52	46,17 40,99	- 0,944	0,345
	Ameliyattan Sonra Cinsel Hayatından Değişiklik Olduysa; Ne Yönde? (N=33)	Olumlu yönde Olumsuz yönde	2 31	7,50 17,61	- 1,437	0,151

Z: Mann - Whitney U Testi

Tablo 66 incelendiğinde; hastaların cinsel hayatında değişiklik olup olmaması ve değişiklik yaşayanların ne yönde değişiklik yaşadığı ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

6. 4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ KORELASYONU

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri'nin Korelasyonu Tablo 67'de yer almaktadır.

Tablo 67 – Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri'nin Korelasyonu (N= 100)

	Algılanan Özel İnsan Desteği	Algılanan Aile Desteği	Algılanan Arkadaş Desteği	Algılanan Toplam Puan	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişiler Arası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete Bozukluğu	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünceler	Psikotizm	Ek Maddeler	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Algılanan Özel İnsan Desteği	1,000																
Algılanan Aile Desteği	0,722**	1,000															
Algılanan Arkadaş Desteği	0,282**	0,320**	1,000														
Algılanan Toplam Puan	0,767**	0,741**	0,739**	1,000													
Somatizasyon	0,013	0,229**	0,204*	0,156	1,000												
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,217*	0,248**	0,218*	0,297**	0,426**	1,000											
Kişiler Arası Duyarlılık	0,214*	0,260**	0,376**	0,370**	0,454**	0,534**	1,000										
Depresyon	0,398**	0,487**	0,427**	0,572**	0,361**	0,672**	0,583**	1,000									
Anksiyete Bozukluğu	0,309**	0,353**	0,397**	0,461**	0,519**	0,624**	0,670**	0,688**	1,000								
Hostilite	0,182	0,237**	0,312**	0,303**	0,566**	0,463**	0,579**	0,507**	0,680**	1,000							
Fobik Anksiyete	0,074	0,202*	0,311**	0,276**	0,391**	0,468**	0,448**	0,526**	0,602**	0,354**	1,000						
Paranoid Düşünceler	0,340**	0,362**	0,369**	0,462**	0,276**	0,504**	0,633**	0,597**	0,549**	0,492**	0,499**	1,000					
Psikotizm	0,362**	0,400**	0,400**	0,520**	0,328**	0,543**	0,565**	0,725**	0,606**	0,503**	0,484**	0,574**	1,000				
Ek Maddeler	0,338**	0,374**	0,157	0,338**	0,430**	0,583**	0,465**	0,599**	0,556**	0,447**	0,463**	0,469**	0,511**	1,000			
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,304**	0,402**	0,398**	0,482**	0,635**	0,769**	0,777**	0,830**	0,873**	0,750**	0,665**	0,736**	0,737**	0,659**	1,000		
Belirti Toplam İndeksi	0,325**	0,422**	0,382**	0,484**	0,450**	0,770**	0,660**	0,831**	0,774**	0,584**	0,625**	0,692**	0,731**	0,646**	0,889**	1,000	
Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,302**	0,401**	0,398**	0,481**	0,635**	0,767**	0,778**	0,828**	0,873**	0,752**	0,664**	0,737**	0,736**	0,658**	1,000**	0,887**	1,000

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

rs: Spearman's Correlations Analizi

Korelasyon tablosundaki “rs” değerleri aşağıdaki aralıklar doğrultusunda değerlendirildi:

0,00 – 0,30	<i>Bağinti yok</i>
0,31 – 0,40	<i>Çok zayıf bağinti</i>
0,41 – 0,50	<i>Zayıf bağinti</i>
0,51 – 0,60	<i>Güçsüz bağinti</i>
0,61 – 0,75	<i>Orta güçte bağinti</i>
0,76 – 0,85	<i>Güçlü bağinti</i>
0,86 – 0,95	<i>Çok güçlü bağinti</i>
0,96 – 1,00	<i>Tam bağinti</i>

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Toplam Puanı ile Kısa Semptom Envanteri’nin İndeks puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

7. TARTIŞMA

Meme cerrahisi geçirmiş kadınların ruhsal durumlarını ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanan bu araştırma 100 hasta ile gerçekleştirildi.

Bu bölümde; hastaların sosyo – demografik özelliklerini, meme kanserinin risk faktörlerine ilişkin özelliklerini, meme kanseri ile ilgili bilgilendirme durumlarını, medikal ve cerrahi tedaviye ilişkin durumlarını ve cerrahi girişim sonrasında ilişkin yaşam özelliklerini içeren bulgular literatür ışığında tartışıldı.

7.1. Hastaların Sosyo – Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada hastaların yaş ortalamasının $50,3\pm 10,55$ olduğu saptandı (Tablo 3). Yurek ve arkadaşlarının (2000) meme kanseri tanısı almış 190 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasının 51 ± 11 olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızdaki bu sonuç, Yurek ve arkadaşlarının çalışma bulgusuyla paralellik göstermektedir.

Okuryazar olmayan hastaların diğer eğitim gruplarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Aile Desteği ($p<0,01$) ve Algılanan Toplam Sosyal Destek ($p<0,05$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 55). Bu doğrultuda elde edilen sonucun eğitim durumu düştükçe bireyin aileye daha bağımlı hale gelmesi ve çoğu ihtiyacında birinci önceliği aileye vermesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Çalışma sonuçlarında eğitim durumu yükseldikçe algılanan aile desteği puanının düşmesi de bu düşüncüyü doğrular niteliktedir.

Hastaların Kısa Semptom Envanteri alt boyutlarının yaş ile ilişkisine bakıldığında; genç hastaların (30 yaş ve altı) diğer yaş grubundaki hastalara göre KSE alt boyutlarından Hostilite ($p<0,01$) ve Paranoid Düşünceler ($p<0,05$) puanlarının

istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 9). Levy ve arkadaşları (1992) yaptıkları bir çalışmayla; genç yaştaki hastaların psikolojik semptomlarının daha hızlı ve daha şiddetli ortaya çıktığını göstermiştir. Ayrıca bu hastaların aldıklarından daha fazla sosyal desteğe ve ruh sağlığı uygulamalarına ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir. Güner (2008), meme cerrahisine daha iyi uyum sağladığını bildiren hastaların diğerlerinden daha yaşlı olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızdaki bu sonuç araştırma sonucu ve literatür ile uygunluk göstermektedir.

Medeni durumu dul olan hastaların evli olanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 56). Maly ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada yaşlı meme kanserli hastaların birer yetişkin olan çocuklarından destek aldığı görülmüştür. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç ve Maly ve arkadaşlarının çalışması doğrultusunda dul kadınların, yalnızlığını dolduracak bir özel insan algısı geliştirdiği, bu algının yerine ailesinden bir bireyi koyduğu düşünülebilir.

“5 ve üzeri” sayıda çocuğu olan kadınların daha az sayıda çocuğu olan kadınlara göre KSE alt boyutlarından Depresyon ve Fobik Anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 12). Bu sonuç doğrultusunda kanser tanısıyla ilişkilendirilen ölüm düşüncesine dair korkunun hasta üzerinde geride bırakacağı çocuklarına ilişkin endişelere sebep olacağı düşünülebilir.

7.2. Hastaların Meme Kanserinin Risk Faktörlerine İlişkin Durumlarının Tartışılması

Menopozda olan hastaların henüz menopoza girmemiş olanlara göre KSE alt boyutlarından Somatizasyon puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 22). Bu sonuca göre menopozun psikosomatik semptomların artışında etkili bir faktör olduğu düşünülebilir.

Halasında meme kanseri öyküsü olanların olmayanlara göre KSE alt boyutlarından Kişiler Arası Duyarlılık puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 25). Bu sonuç ailesinde meme kanseri öyküsü olan hastaların, olmayan hastalara göre meme kanserinin teşhisi ve prognozunda psikososyal farklılıklar yaşayabileceği ile ilgili varsayımımızı desteklemektedir.

Halasında meme kanseri öyküsü olanların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Aile Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 60). Bu sonuç doğrultusunda meme kanserini ve beraberinde getirdiği sorunları ailesinden bir bireyde daha önceden yaşayan aile üyelerinin, aileden bir başka bireyde tekrar aynı sorunları yaşamamak ve yaşatmamak adına daha dikkatli davranarak hasta bireye sosyal yönden daha fazla destek sağlayacağı düşünülebilir.

7.3. Hastaların Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Durumunun Tartışılması

Meme kanseri tanısı almadan önce hemşire tarafından hastalık hakkında bilgi alan hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Toplam Sosyal Destek puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 61). McArdle ve arkadaşlarının (1990) meme cerrahisi geçiren 272 hasta ile yaptığı bir çalışmada "Meme Bakım Hemşiresi"nin hastaya verdiği desteğin psikolojik rahatsızlıkları önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. Arving ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada psikologdan ve onkoloji hemşiresinden eğitim alan meme kanserli hasta gruplarından hemşire tarafından eğitilen hastaların hastalığa bağlı sıkıntılarla ve somatik problemlerle başa çıkmada daha başarılı oldukları görülmüştür. Ayrıca Güner, meme cerrahisine daha iyi uyum sağladığını bildiren hastaların hemşiresinden daha çok destek gördüklerini belirtmektedir (19). Çalışmamızdaki bu sonuç, araştırma sonuçları ve literatür ile uygunluk göstermektedir.

Hastalardan bazen kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapanların, düzenli KKMM yapanlar ile yapmayanlara göre KSE alt boyutlarından Depresyon puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Depresyon alt boyutunun aldığı ikinci yüksek puanın ise düzenli KKMM yapmayanlara ait olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 34). Bu sonuçlar düzenli KKMM yapmamış olmanın meme kanseri tanısı ve meme cerrahisi sonrası hastalarda pişmanlık duygusu oluşmasına sebep olabileceği ile ilgili varsayımımızı desteklemektedir.

7.4. Hastaların Medikal ve Cerrahi Tedaviye İlişkin Durumlarının Tartışılması

Kemoterapi alan hastaların hiç kemoterapi almayanlara göre KSE alt boyutlarından Somatizasyon puanının anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 24). Literatürde mastektomi sonrası tedaviye özellikle kemoterapi eklendiğinde psikiyatrik bozukluk oranının arttığı belirtilmektedir (2). Shover ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada kemoterapi alan hastalarda seksüel disfonksiyon, zayıf beden imajı algısı ve psikolojik stres yaşadığı gösterilmiştir. Çalışmamızdaki bu sonuç, literatürle ve yapılan çalışmayla uygunluk göstermektedir.

Hastalarda, kemoterapi alırken alopesi (Tablo 36), bulantı (Tablo 37), kusma (Tablo 38), halsizlik (Tablo 40) ve ağız yarası (Tablo 41) görülüp görülmemesi ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0,05$); sadece kemoterapi alırken iştahsızlık yaşayan hastaların yaşamayanlara göre KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk ($p<0,05$), Kişiler Arası Duyarlılık ($p<0,01$) ve Depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 39). Bu sonuca göre iştahsızlığın kadınların Depresyonu ile ilişkili olduğunu ve kişilerarası duyarlılığın da depresyona bağlı geliştiği söylenebilir.

Kemoterapi alırken yan etkilerden kusmayı yaşamayan hastaların yaşamayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutu Algılanan Aile Desteği

puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 64) Kim ve Morrow'un (2007), 539 meme kanserli hasta ile yaptığı bir çalışma, aile desteğinin bulantı ile hastanın anksiyete düzeyi ve tedavi sonrası bulantı sıklığına da bağlı olarak etkili olduğunu göstermiştir. Yine Kim ve Morrow'un (2003), 233 evli kanser hastası ile yaptığı başka bir çalışmada ise aile içi çatışmanın varlığının hastanın yaşı ve cinsiyetiyle de ilintili olarak kemoterapide ortaya çıkan bulantı üzerinde etkisi olduğunu bulmuştur. Çalışmamızdaki bu sonuç araştırma sonuçları ile uygunluk göstermektedir.

Kemoterapi alırken yan etkilerden iştahsızlık yaşayan hastaların yaşamayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği ($p<0,05$), Algılanan Arkadaş Desteği ($p<0,01$) ve Algılanan Toplam Sosyal Destek ($p<0,05$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 64). Bu sonuç doğrultusunda yoğun sosyal destek alan hastaların bu duruma karşı zıt bir savunma mekanizması geliştirerek iştahsızlık yaşadıkları düşünülebilir.

Kemoterapi alırken yan etkilerden halsizliği yaşayanların, yaşamayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 64). Bu sonuç doğrultusunda halsizlik yaşayan hastaların özel insan desteğine daha fazla ihtiyaç duyduğu söylenebilir.

Radyoterapi alan hastaların, almayanlara göre KSE alt boyutlarından Somatizasyon ve Obsesif Kompulsif Bozukluk puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 42). Bu sonuç kemoterapinin yoğun yan etkilerinden sonra radyoterapiye başlayan hastaların benzer yan etkileri yaşama korkusu deneyimleyebileceklerini düşünmeleri ile ilgili varsayımımızı desteklemektedir.

Radyoterapi alırken yan etkilerden yanma (Tablo 43), iştahsızlık (Tablo 46) ve halsizlik (Tablo 47) görülüp görülmemesi ile KSE alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), radyoterapi alırken ağrısı olan hastaların olmayanlara göre KSE alt boyutlarından Fobik Anksiyete puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 49), radyoterapi alırken bulantısı olan hastaların, olmayanlara göre Depresyon ($p<0,01$), Anksiyete Bozukluğu ($p<0,05$), Psikotizm ($p<0,01$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ve radyoterapi alırken kusması olmayan hastaların kusması olanlara göre Paranoid Düşünceler puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,01$) saptandı (Tablo 45). Bu sonuç doğrultusunda her seansta ağrı olacağı korkusunun fobik anksiyete yaşanmasına sebep olduğu, bulantısı olan hastalarda bulantının günlük yaşamına etkisi sebebiyle birtakım ruhsal sorunlara neden olduğu, kusması olmayanların her seansta olabileceği düşüncesiyle paranoid düşünceler geliştirdiği söylenebilir.

Radyoterapi alırken bulantısı olan hastaların, olmayanlara göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği, Algılanan Aile Desteği ve Algılanan Toplam Sosyal Destek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. ($p<0,01$) (Tablo 65). Bu sonuç doğrultusunda yoğun sosyal destek alan hastaların bu duruma karşı zıt bir savunma mekanizması geliştirerek bulantı yaşadıkları söylenebilir.

Meme cerrahisi geçirdiğinde "30 yaş ve altı" yaş grubunda olan kadınların diğer yaş gruplarına göre KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk ($p<0,01$), Hostilite ($p<0,05$), Fobik Anksiyete ($p<0,05$), Paranoid Düşünceler ($p=0,05$), Psikotizm ($p<0,05$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,01$), Belirti Toplam İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 16). Bu sonuç genç hastaların ruhsal durumlarının

meme cerrahisinden daha fazla etkilendikleri yönündeki varsayımımızı desteklemektedir.

Total Mastektomi (TM) ile Meme Koruyucu Cerrahi (MKC) yapılan hastalar arasında ruhsal durum, algılanan sosyal destek yönünden anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 33, Tablo 62). Literatürde yer alan bir çalışmada TM yapılan 78 hastanın ve MKC yapılan 41 hastanın ameliyat sonrası uyumları ve psikopatolojileri bakımından karşılaştırılması yapıldığında iki grup arasında çok küçük farklar bulunduğu; psikolojik sorunların ameliyatla göğüsün korunması ile ortadan kaldırılamadığı belirtilmektedir (2).

Fallowfield (1990), total mastektomi ile meme koruyucu cerrahi arasındaki psikososyal farklılıkları konu alan incelemesinde Sanger ve Reznikoff'un 1981 yılında 40 hasta ile yaptığı çalışmada TM ile MKC arasında psikososyal uyum açısından fark saptamadığını, 1983 yılında Schain ve arkadaşlarının 38 hasta üzerinde yaptığı çalışmada da psikososyal yönden belirgin bir farklılık bulmadığını, 1985 yılında Ashcroft ve arkadaşlarının 40 hasta ile yaptığı çalışmada her iki grup arasında psikososyal yönden küçük oranda bir farklılık saptadığını, de Haes ve arkadaşlarının 1986'da 39 hasta üzerinde yaptığı çalışmada seksüel ve psikolojik değerlendirmede bir farklılık bulmadığını, 1987 yılında Lasry ve arkadaşlarının 123 hastada yaptığı bir çalışmada MKC uygulanan ve ayrıca radyoterapi gören hastalarda yüksek oranda Depresyon görüldüğünü, Morris'in 1988 yılında 30 hasta ile yaptığı çalışmada TM ile MKC arasında psikopatolojik bir farklılık bulmadığını ve Kemeny ve arkadaşlarının 1988 yılında 52 hasta ile yaptığı çalışmada da psikolojik semptomatoloji açısından belirgin bir farklılık gözlemlenmediğini belirtmiştir.

Fallowfield ve arkadaşlarının (1986) 101 hasta ile yaptığı çalışmada da psikiyatrik hastalıklar yönünden TM ile MKC arasında belirgin bir farklılık saptanmamıştır.

Steinberg (1985), yaptığı bir çalışmada; total mastektomi yapılan 46 hasta ile meme koruyucu cerrahi yapılan ve radyoterapi alan 21 hastayı cerrahi girişimden 14 ay sonra incelediğinde; meme koruyucu cerrahi yapılan kadınların total mastektomi yapılan kadınlara göre daha az anksiyete ya da depresyon yaşamadığını ama ameliyata olan adaptasyonlarının daha kolay olduğunu saptamıştır.

Margolis ve arkadaşları (1990) yaptıkları bir çalışmada, mastektomi yapılan hastaların kendilerini daha az çekici bulduklarını ve göğüslerinden utanç duyduklarını saptamıştır. Ayrıca bu hasta grubunun cerrahi tedaviden sonraki seksüel yaşantılarının da öncesine göre daha az aktif olduğu, bu nedenlerle de mastektomi yapılan hastaların yarısının meme koruyucu cerrahi yaptırmadıkları için pişmanlık duyduğunu belirlemiştir.

Rowland ve arkadaşları (2000) ameliyatının üzerinden 1 – 5 yıl geçmiş 1957 hasta ile yaptıkları bir çalışmada MKC yapılan kadınlarda TM yapılanlara göre cerrahi girişime bağlı semptomların daha az görüldüğünü, ama TM veya MKC'nin sosyal veya emosyonel açıdan farklı sonuçlar yaratmadığını saptamıştır.

Pandey ve arkadaşlarının (2006) meme kanseri olan ve meme cerrahisi geçirmek üzere olan 251 hasta ile yaptığı çalışmada TM ve MKC yapılan hastalar arasında emosyonel ve sosyal iyi olma hali açısından belirgin bir fark saptamamıştır.

Bu çalışmada da TM ile MKC arasında anlamlı bir fark olmayışı literatür ile uygunluk göstermektedir.

7.5. Hastaların Cerrahi Girişim Sonrasına İlişkin Yaşam Özelliklerinin Tartışılması

Ameliyattan sonra giyim tarzında değişiklik olan hastaların, olmayanlara göre KSE alt boyutlarından Paranoid Düşünceler ($p<0,01$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının istatistiksel olarak

anlamli derecede yuksek olduğu saptandı (Tablo 34). Literatürde de ameliyat sonrasında uzun vadede protez ve kıyafetlere ilişkin sorunların ortaya çıktığı belirtilmektedir (2). Bu sonuç, literatürle uygunluk göstermektedir.

Ameliyattan sonra alınan göğsün estetik görünümü için sutyen içine silikon protez koyanların, sünger destekli sutyen kullananlar ve estetik operasyon geçirenlere göre KSE alt boyutlarından Kişiler Arası Duyarlılık ($p<0,05$), Depresyon ($p<0,01$), Anksiyete Bozukluğu ($p<0,01$), Hostilite ($p<0,01$), Psikotizm ($p<0,05$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 50). Bu sonuç doğrultusunda; ruhsal durumu olumsuz yönde etkilenen kadınların, kullanım avantajları nedeni ile silikon protez kullanmayı tercih ettikleri düşünülebilir.

Ameliyat sonrası göğsün estetik görünümü için silikon protez kullananların, sünger destekli sutyen kullananlar ve estetik operasyon geçirenlere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Aile Desteği puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 59). Bu sonuç, Tablo 48’de yer alan bulgularla ve silikon protez kullanımı ile ilgili varsayımımızla birlikte değerlendirildiğinde, psikopatolojik problemler yaşayan hastaların aileleri tarafından silikon protez kullanmaları yönünden destek gördüğü düşünülebilir.

Örnekleme oluşturan hastaların %45,9’unun ameliyattan sonra eşinin kendisine karşı daha ilgili olduğunu ifade ettiği bulundu (Tablo 8). Literatürde de memesi alınan kadınların eşlerinin çoğu kez eşinin üzerine gereğinden fazla düştüğü belirtilmektedir (2). Okanlı ve Ekinci’nin (2008) çalışmasında ise mastektomi sonrası eşlerin öfke duygusunu daha çok içe attığı ve ifade etmediği bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu sonuç, literatürle ve araştırma sonucuyla uygunluk göstermektedir.

Ameliyattan sonra eşinin ona karşı soğuduğunu düşünenlerin KSE alt boyutlarından Depresyon puanının ameliyattan sonra eşinin ona karşı daha ilgili olduğunu düşünenlere ve eşinin sevgisinde bir değişiklik olmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 38). Literatürde de mastektomiden sonra kadının, aile ve arkadaşlarından geri çekileceği, duygusal gerileme olacağı ve bazen eşine ve ailesine suçlamalarda bulunabileceği belirtilmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası sosyal ve kişiler arası ilişkilerde kısa süreli olumsuzluklar yaşanabileceği vurgulanmaktadır (2). Bu sonuç, literatürle uygunluk göstermektedir.

Ek olarak ameliyattan sonra eşinin ona karşı soğuduğunu düşünenlerin, daha ilgili olduğunu düşünenlere ve eşinin sevgisinde bir değişiklik olmadığını düşünenlere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Algılanan Özel İnsan Desteği ve Algılanan Aile Desteği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 57). Literatürde meme kanserinin aile ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklarda değişikliklere neden olduğu, kanser tanısının şokunun hem aile sistemini hem de sosyal destek sistemlerini değiştirebildiğini ifade edilmektedir (11). Fitch ve Allard'ın (2007) meme kanseri tanısı almış kadınların eşleriyle yaptığı bir çalışmada eşlerin hastalıklarından sonra kadınlarla olan ilişkisinde değişiklikler olduğunu belirttiğini göstermiştir. Çalışmamızın bu sonucu, literatürle ve yapılan çalışmayla uygunluk göstermektedir.

Ameliyattan sonra cinsel hayatında değişiklik olduğunu düşünen hastalarda bir değişiklik olmadığını düşünenlere göre KSE alt boyutlarından Depresyon ($p<0,05$), Paranoid Düşünceler ($p<0,01$) ve Belirti Toplam İndeksi ($p<0,01$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 53). Cinsel hayatındaki değişikliğin olumsuz yönde olduğunu düşünen kadınlarda ise KSE alt boyutlarından Somatizasyon ($p<0,05$) ve Anksiyete Bozukluğu ($p<0,05$) puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 54). Literatür bilgileri; mastektomi ameliyatı sonrasında cinsel ilişkide ve evlilikte kısa süreli

olumsuz etkiler görüldüğünü belirtmektedir (2). Bu sonuçlar, literatürle uygunluk göstermektedir.

Evli olan hastaların %61,2'sinin ameliyattan sonra cinsel yaşantısında değişiklik olmadığı ve cinsel yaşantısında değişiklik olanların ise %93,9'unun olumsuz yönde bir değişiklik yaşadığı saptandı (Tablo 8). Sertöz ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada meme cerrahisi geçirmiş hastalarda benlik saygısı azaldıkça cinsel doyumun azaldığı bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda, meme cerrahisi sonra benlik saygısı azalan hastaların cinsel yaşantılarının olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme cerrahisi geçiren kadınların ruhsal durumlarının ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar bu bölümde sunulmaktadır.

- ❖ Örnekleme oluşturan hastaların yaş ortalaması $50,3 \pm 10,55$ olarak bulundu.
- ❖ Hastaların %29'unun (n=29) 41 – 50 yaş arası, %29'u (n=29) 51 – 60 yaş arası olduğu, %59'unun (n=59) ilkokul mezunu olduğu, %85'inin (n=85) evli olduğu ve %60,2'sinin (n=53) eşinin ilkokul mezunu olduğu, %54'ünün (n=54) gelir durumu orta düzeyde tanımladığı, %81'inin (n=81) İstanbul ili içerisinde yaşamakta olduğu ve İstanbul dışında yaşayanların %57'sinin (n=11) ise tedavisi için İstanbul'a gelip döndüğü görüldü
- ❖ Örneklem grubunun %94'ünün (n=94) çocuğu olmakla beraber, %54,3'ünün (n=51) 1 – 2 çocuk sahibi olduğu, %41,5'inin (n=39) 1 – 2 gebelik geçirdiği, %50'sinin (n=47) ilk doğum yaşının 19 – 23 yaş arasında olduğu, menarş düzenine bakıldığında kadınların %94'ünün (n=94) menarştan sonra düzenli adet gördüğü, menarş sonrası bir süre düzensiz adet görenlerin ise %66,7'sinin (n=4) düzenli adet görene kadar 6 ay ve üzerinde süre geçtiği görüldü.
- ❖ Hastaların %63'ünün (n=63) hastalanmadan önce meme kanseri ile ilgili bilgisinin olmadığı, %48,6'sının (n=18) hastalanmadan önce meme kanseri ile ilgili televizyondan bilgi aldığı ve %75'inin (n=75) hastalanmadan önce düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmadığı görüldü.
- ❖ Hastaların %31'inin (n=31) 31 – 40 yaş arasında ameliyat olduğu ve 41 – 50 yaş arasında ameliyat olanların da örneklemin %31'ini (n=31) oluşturduğu görüldü.

Total mastektomi yapılan hastalar ise örneklemin %73'ünü (n=73) oluşturmaktadır.

- ❖ Hastaların %77'sinin (n=77) kemoterapi aldığı, kemoterapi alanların %84,4'ünün (n=65) 1 – 6 kür kemoterapi aldığı ve kemoterapinin yan etkileri arasından sıklıkla %90,9 (n=70) oranında bulantı, %85,7 (n=66) oranında alopesi, %79,2 (n=61) oranında halsizlik, %63,6 (n=49) oranında iştahsızlık ve %61 (n=47) oranında kusması olduğu görüldü.
- ❖ Hastaların %64'ünün (n=64) radyoterapi aldığı, radyoterapi alanların %62,5'inin (n=40) 21 seans ve üzerinde radyoterapi aldığı ve radyoterapinin yan etkileri arasından sıklıkla %17,2 (n=11) oranında halsizlik olduğu görüldü.
- ❖ Hastaların %78'inin (n=78) ameliyattan sonra giyim tarzında bir değişiklik olmadığı, %52'sinin (n=52) ameliyattan sonra göğsünün estetik görünmesi için bir girişimde bulunmadığı, ameliyattan sonra göğsünün estetik görüntüsü için bir girişimde bulunanların %56'sının (n=27) sünger destekli sutyen kullandığı, %45,9'unun (n=39) ameliyattan sonra eşinin ona karşı daha ilgili olduğunu ve %45,9'unun (n=39) ise ameliyattan sonra eşinin ona karşı olan sevgisinde bir değişiklik olmadığını düşündüğü, %61,2'sinin (n=52) ameliyattan sonra cinsel yaşantısında değişiklik olmadığı ve cinsel yaşantısında değişiklik olanların ise %93,9'unun (n=31) olumsuz yönde bir değişiklik yaşadığı görüldü.
- ❖ Genç hastaların (30 yaş ve altı) Hostiliteye ($p<0,01$) ve Paranoid Düşüncelere ($p<0,05$) ilişkin yakınmalarının daha fazla olduğu görüldü.
- ❖ "5 ve üzeri" sayıda çocuğu olan kadınların Depresyona ve Fobik Anksiyeteye ilişkin yakınmalarının daha fazla olduğu görüldü ($p<0,05$).

- ❖ Menopozda olan hastalarda Somatizasyona ilişkin yakınmaların daha fazla olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Halasında meme kanseri öyküsü olanların Kişiler Arası Duyarlılığa ilişkin yakınmalarının daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$). Aynı grubun algıladığı aile desteğinin de yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Meme kanseri tanısı almadan önce bir hemşire tarafından hastalık hakkında bilgi alan hastaların algıladıkları toplam sosyal destek puanının yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Kemoterapi alan hastaların Somatizasyona ilişkin yakınmalarının fazla olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Kemoterapi alırken iştahsızlık yaşayan hastaların Obsesif Kompulsif Bozukluğa ($p<0,05$), Kişiler Arası Duyarlılığa ($p<0,01$) ve Depresyona ilişkin yakınmalarının fazla olduğu görüldü.
- ❖ Kemoterapi alırken yan etkilerden kusma yaşamayan hastaların algıladıkları aile desteğinin yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Kemoterapi alırken yan etkilerden iştahsızlık yaşayan hastaların algıladıkları özel insan desteğinin ($p<0,05$), arkadaş desteğinin ($p<0,01$) ve toplam sosyal desteğin ($p<0,05$) yüksek olduğu görüldü.
- ❖ Kemoterapi alırken yan etkilerden halsizliği yaşayanların algıladıkları özel insan desteğinin yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Radyoterapi alan hastaların, almayanlara göre Somatizasyona ve Obsesif Kompulsif Bozukluğa ilişkin yakınmalarının fazla olduğu görüldü ($p<0,05$).

- ❖ Radyoterapi alırken ağrısı olan hastaların Fobik Anksiyeteye ilişkin yakınmalarının fazla olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Radyoterapi alırken bulantısı olan hastaların Depresyona ($p<0,01$), Anksiyete Bozukluğuna ($p<0,05$), Psikotizme ($p<0,01$) ilişkin yakınmalarının fazla olduğu ve bununla birlikte KSE indekslerinden Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Radyoterapi alırken kusması olmayan hastalarda ise Paranoid Düşüncelere ilişkin yakınmaların fazla olduğu görüldü ($p<0,01$).
- ❖ Radyoterapi alırken bulantı görülen hastaların algıladıkları özel insan desteği, aile desteği ve toplam sosyal desteğin yüksek olduğu görüldü ($p<0,01$).
- ❖ Genç yaşta meme cerrahisi geçiren kadınlarda Obsesif Kompulsif Bozukluğa ($p<0,01$), Hostiliteye ($p<0,05$), Fobik Anksiyeteye ($p<0,05$), Paranoid Düşüncelere ($p=0,05$) ve Psikotizme ($p<0,05$) ilişkin yakınmaların fazla olduğu, bununla birlikte KSE indekslerinden Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,01$), Belirti Toplam İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.
- ❖ Total Mastektomi ve Meme Koruyucu Cerrahi yapılan hastalar arasında ruhsal durum ve algılanan sosyal destek yönünden anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).
- ❖ Ameliyattan sonra giyim tarzında değişiklik olan hastalarda Paranoid Düşüncelere ($p<0,01$) ilişkin yakınmaların fazla olduğu ve bununla birlikte KSE indekslerinden Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

- ❖ Ameliyattan sonra alınan göğsünün estetik görünümü için sutyen içine silikon protez koyanlarda Kişiler Arası Duyarlılığa ($p<0,05$), Depresyona ($p<0,01$), Anksiyete Bozukluğuna ($p<0,01$), Hostiliteye ($p<0,01$) ve Psikotizme ($p<0,05$) ilişkin yakınmaların fazla olduğu, bununla birlikte KSE indekslerinden Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p<0,05$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p<0,05$) puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.
- ❖ Ameliyat sonrası göğsünün estetik görünümü için silikon protez kullananların, algıladıkları aile desteğinin yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Örnekleme oluşturan hastaların %45,9'unun ameliyattan sonra eşinin kendisine karşı daha ilgili olduğunu düşündüğü görüldü.
- ❖ Ameliyattan sonra eşinin ona karşı soğuduğunu düşünenlerde Depresyona ilişkin yakınmaların fazla olduğu görüldü ($p<0,05$).
- ❖ Ameliyattan sonra cinsel hayatında değişiklik olduğunu belirten hastaların büyük bir kısmının bu değişikliğin olumsuz yönde olduğunu belirttiği görüldü.
- ❖ Ameliyattan sonra cinsel hayatında değişiklik olduğunu düşünen hastalarda Depresyona ($p<0,05$) ve Paranoid Düşüncelere ($p<0,01$) ilişkin yakınmaların fazla olduğu, bununla birlikte KSE indekslerinden Belirti Toplam İndeksi ($p<0,01$) puanının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ❖ Hasta ve ailesine hem cerrahi girişim öncesinde hem de cerrahi girişim sonrasında eğitim düzeylerine göre eğitim verilmesi,

- ❖ Hastanın sosyal çevresiyle bir bütün olduğunun unutulmaması ve tüm uygulamalarda bu unsura yer verilmesi,
- ❖ Cerrahi girişim sürecinde ve onkolojik tedavi esnasında konsültasyon liyezon psikiyatrisi ile işbirliği içerisinde bulunulması,
- ❖ Kemoterapi ve radyoterapi öncesinde hasta ve aileye eğitim verilmesi ve broşür gibi ekipmanlarla bu eğitimin kalıcılığının sağlanması,
- ❖ Hasta ve ailesinin kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileriyle nasıl baş edecekleri konusunda aydınlatılması,
- ❖ Hastanın beden imajının bozulmasının önüne geçmek amacıyla rekonstruktif cerrahinin sağladığı imkanlar ve var olan protez uygulamaları konusunda hastanın bilgilendirilmesi,
- ❖ Hemşirelerin, olumsuz yönde seksüel değişiklikler yaşayan hastaları ve eşlerini seksüel danışmanlık almaları konusunda yönlendirmesi,
- ❖ Meme kanserli bireyin birinci dereceden akrabalarına, meme kanserinin risk faktörleri, kendi kendine meme muayenesinin ve düzenli hekim kontrolünün öneminin anlatılması önerilebilir.

9. EKLER

Bu bölümde yer alan ekler:

- İl Sağlık Müdürlüğü yazılı araştırma izni
- Sosyo – Demografik Bilgi Toplama Formu
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
- Kısa Semptom Envanteri

9. 1. İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Araştırma İzni



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

06/02/2008

SAYI :SG.B104ISM.4344743/194
KONU :Anket İzni (Meltem YILDIRIM)

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü


Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Meltem YILDIRIM' in "Mastektomi Ameliyatı Olmuş Kadınların Ruhsal Durumları ve Algıladıkları Sosyal Destek İle İlgili Bir Çalışma" konulu tez çalışma anketini 21/01/2008 tarih ve 06 sayılı yazınızda belirttiğiniz Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde uygulama yapması uygun görülmüştür. İlgili kurumlarımıza üst yazı gönderilmiş olup, üst yazı ve protokol örneği ektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdürü

EK: 1. Protokol Fotokopisi (1 adet - 1 sayfa)
2. Yazı (1 adet - 6 sayfa)

9. 2. Sosyo – Demografik Bilgi Toplama Formu


 HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI			
<i>Meme cerrahisi geçirmiş kadınların ruhsal durumları ve algıladıkları sosyal destek ile ilgili bir çalışma</i>			
Sayın katılımcı, Bu araştırma meme cerrahisi geçirmiş kadınların ruhsal durumlarını ve algıladıkları sosyal destek düzeylerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Soru formlarında isim belirtilmeyecektir ve cevaplarınız araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Lütfen boş yanıt bırakmayınız. Katılımınız için teşekkürler.			
Yaşınız:	Medeni Durumunuz: <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul	Evliyseniz çocuğunuz var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet "..... tane"	Yaptığınız doğum sayısı:
İlk doğum yaşıınız:	Adet görmeye başladıktan sonra düzenli adet görene kadar geçen süre? <input type="checkbox"/> İlk adetimden itibaren düzenli adet gördüm <input type="checkbox"/> İlk adetimden itibaren düzenli adet görene kadar "....." süre geçti		
Mastektomi geçirdiğiniz yaş:	Çocuğunuz varsa; Emzirme süreniz: ay / yıl <input type="checkbox"/> Emzirmedim		
İlk adet yaşıınız:	Son adet yaşıınız:		
Eğitim Durumunuz: <input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans üstü	Evli iseniz eşinizin eğitim durumu: <input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans üstü	Gelir Durumunuz: <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Çok iyi	
İstanbul'da mı yaşıyorsunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	İstanbul'da yaşamıyorsanız; <input type="checkbox"/> Tedavi için gelip, dönüyorum <input type="checkbox"/> Tedavim bitene kadar bir yakınımın yanında kalıyorum <input type="checkbox"/> Tedavim bitene kadar kirada kalıyorum		
Sigara kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Sigara kullanıyorsanız, kullanma sıklığınız: Süre: yıl / ay / hafta / gün Miktar: paket	
Ailenizde meme kanseri tanısı almış birey var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Belirtiniz:			
Menopoz ile ilgili hormon tedavisi aldınız mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Süresi:			
Doğum kontrol hapı kullandınız mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Süresi: yıl / ay / hafta / gün			
Hastalanmadan önce meme kanseri hakkında bilginiz var mıydı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Yukarıdaki soruya verdiğiniz cevap "Evet" ise bu bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Televizyon <input type="checkbox"/> İnternet <input type="checkbox"/> Gazete, dergi vb. <input type="checkbox"/> Akraba, arkadaş			
Düzenli aralıklarla kendi kendinize meme muayenesi yapıyor muydunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bazen			
Ameliyatla hangi göğsünüz alındı? <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Her ikisi		Ameliyatta göğsün ne kadarı korundu? <input type="checkbox"/> Sağ göğüs tamamen alındı <input type="checkbox"/> Sağ göğüs yapısı korundu <input type="checkbox"/> Sol göğüs tamamen alındı <input type="checkbox"/> Sol göğüs yapısı korundu	

Kemoterapi gördünüz mü? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>Evet ise;</i> Süresi:	Kemoterapi gördüyseniz hangi yan etkileri yaşadığınızı yazınız?
Radyoterapi gördünüz mü? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>Evet ise;</i> Süresi:	Radyoterapi gördüyseniz hangi yan etkileri yaşadığınızı yazınız?
Ameliyattan sonra giyim tarzınızda değişiklik oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Alınan göğsünüzün estetik görünümü için bir girişimde buldunuz mu / bulunuyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Yukarıdaki soruya cevabınız "Evet" ise; yaptığınız uygulama nedir? <input type="checkbox"/> Sünger destekli sütyen kullanıyorum <input type="checkbox"/> Sütyen içine silikon göğüs protezi koyuyorum <input type="checkbox"/> Estetik operasyon geçirdim		
Ameliyattan sonra eşinizin / sevgilinizin size karşı olan sevgisinde değişiklik olduğuna inanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Bana karşı soğuduğunu düşünüyorum <input type="checkbox"/> Bana karşı daha ilgili olduğunu düşünüyorum <input type="checkbox"/> Bir değişiklik olduğunu düşünmüyorum		
Ameliyattan sonra cinsel yaşantınızda bir değişiklik oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Yukarıdaki soruya cevabınız "Evet" ise; ne yönde bir değişiklik oldu? <input type="checkbox"/> Olumlu yönde <input type="checkbox"/> Olumsuz yönde		

9. 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ										
Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.										
				Kesinlikle Evet	←	→	Kesinlikle Hayır			
				1	2	3	4	5	6	7
1	İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.									
2	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var									
3	Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.									
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım									
5	Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.									
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olamaya çalışırlar.									
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.									
8	Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.									
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.									
10	Yaşamımda duygularına önem veren özel bir insan var.									
11	Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.									
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.									

9. 4. Kısa Semptom Envanteri

 HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI						
KISA SEMPTOM ENVANTERİ						
<p>Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra o belirtinin sizde bugün dahil, son bir haftadır ne kadar var olduğunu yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz.</p> <p>Her belirti için sadece bir yeri işaretleyiniz ve hiçbir maddeyi atlamayınız. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz, eğer fikir değiştirerseniz ilk yanıtınızı siliniz.</p> <p>Yanıtlarınızı aşağıdaki ölççe göre değerlendiriniz: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?</p> <ol style="list-style-type: none">0. Hiç yok1. Biraz var2. Orta derecede var3. Epey var4. Çok fazla var						
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?		Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2	Baygınlık, baş dönmesi					
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5	Olayları hatırlamada güçlük					
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11	İştahta bozukluklar					
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16	Yalnızlık hissetmek					
17	Hüzünlü, kederli hissetmek					
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19	Ağlamaklı hissetmek					
20	Kolayca incinebilmek, kırılmak					
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?		Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23	Mide bozukluğu, bulantı					
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25	Uykuya dalmada güçlük					
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27	Karar vermede güçlükler					
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30	Sıcak, soğuk basmaları					
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32	Kafanızın "bomboş" kalması					
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük / zorlanmak					
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44	Başka bir insana hiç yakınlık duymamak					
45	Dehşet ve panik nöbetleri					
46	Sık sık tartışmaya girmek					
47	Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek					
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları					
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52	Suçluluk duyguları					
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

10. KAYNAKLAR

1. Akın, S.: Meme Kanseri Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Etkinliklerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2007 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülbeyaz Can).

2. Arıkan R.N.: Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. Kriz Dergisi, 9(1): 39-46, 2001.

3. Arving C., Sjødén P.O., Bergh J., Lindström A.T., Wasteson E., Glimelius B., Brandberg Y.: Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients--a randomised study of nurse versus psychologist interventions. Patient Educ Couns., S. 62(2);, Abst.: 235, 2006.

4. Aslan, G.: Meme Kanseri Olan Bireylerin Birinci Derece Akrabalarının Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Esin Çeber).

5. Bakar, Y.: Mastektomi Sonrası Gelişen Lenfödemde Fizyoterapinin Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2005 (Danışman: Prof. Dr. Hülya Kayıhan).

6. Balkaya, F. Şahin N. H.: Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi, 14 (3): 192 – 202, 2003.

7. Bickley L.S.: Bates Fizik Muayene Rehberi. Çeviri Editörleri: Halit Özsüt, Cüneyt Tetikkurt, Sezai Vatansever. Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s: 333-353.

8. Bozfakioğlu Y., Asoğlu O.: Genel Cerrahi. Editör: Prof. Dr. Ünal Değerli, Prof. Dr. Yeşim Erbil. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Nobel Matbaacılık, 8. Baskı, 2006, s: 267-285.

9. Burkitt H.G., Quick C.R.G., Reed J.B.: Essential Surgery: Problems, Diagnosis and Management, 4th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, China, 2007, p: 635-661.

10. Çakır, Y. Palabıyıköğlü, R.: Gençlerde Sosyal Destek – Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Kriz Dergisi, 5(1): 15-24, 1997.

11. Çam O., Gümüş A.B.: Meme Kanseri Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3), 52-60, 2006.

12. Erözkan, A.: Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası Duyarlılıkları ile Reddedilme Duyarlılıklarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi: 5(2), 85-98. 2004.

13. Fallowfield L.J., Baum M., Maguire G.P.: Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. British Medical Journal, 293, 1331-1334, 1986.

14. Fallowfield L.J., Hall A., Maguire G.P., Baum M.: Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. BMJ, 301, 575-580, 1990.

15. Fallowfield L.J.: Psychosocial Adjustment After Treatment for Early Breast Cancer. Oncology, 4(4): 89-100, 1990.

16. Fitch MI, Allard M: Perspective of husbands of woman with breast cancer: impact and response. Can Oncol Nurs J., S. 17(2):, Abst.: 66, 2007.

17. Garden O.J., Bradbury A.W., Forsthe J.L.R., Parks R.W.: Principles and Practice of Surgery, 5th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, Spain, 2007, p: 365-389.

18. Görgülü R.S.: Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri. 72 Tasarım Ltd. Ŗti., 1. Baskı, 2002, s:121-132.
19. Güner İ.C.: Meme Kanseri ve EŖlerin Desteği. Gaziantep Tıp Dergisi, 46-49, 2008.
20. Gürsoy, A.A.: Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem ve HemŖirelik YaklaŖımı. C.. HemŖirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2), 18-25, 2005.
21. Kaplan, H. I., Sadock, B. J.: Klinik Psikiyatri. Ŗeviri Editörleri: Prof. Dr. Ercan Abay. Nobel Tıp Kitabevleri, Nobel Matbaacılık, 2004.
22. Kim Y., Morrow G.R.: Changes in family relationships affect the development of chemotherapy-related nausea symptoms. Support Care Cancer., S. 11(3);, Abst.: 171, 2003.
23. Kim Y., Morrow G.R.: The effects of family support, anxiety, and post-treatment nausea on the development of anticipatory nausea: a latent growth model. J Pain Symptom Manage., S. 34(3);, Abst.: 265, 2007.
24. Levy S.M., Haynes L.T., Herberman R.B., Lee J., McFeeley S., Kirkwood J.: Mastectomy versus breast conservation surgery: mental health effects at long term follow-up. Health Psychol., S. 11(6), Abst.: 349, 1992.
25. M. Aapro, A. Cull: Depression in breast cancer patients: The need for treatment. Annals of Oncology, 10: 627-636, 1999.
26. Maly R.C., Umezawa Y., Leake B., Silliman R.A.: Mental health outcomes in older women with breast cancer: impact of perceived family support and adjustment. Psychooncology, S. 14(7);, Abst.: 535, 2005.
27. Margolis G., Goodman R.L., Rubin A.: Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. Psychosomatics, S. 31, Abst.: 31, 1990.

28. McArdle J.M.C., George W.D., McArdle C.S., Smith D.C., Moodie A.R., Hughson A.V.M., Murray G.D.: Psychosocial support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. *BMJ*, 312: 813-816, 1996.

29. Obuz, R.N.: Mastektomi Olmuş Kadınlarda Görülen Ruhsal Bozuklukların Yıllara Göre Değişimi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Master Tezi, Ankara, 1993 (Danışman: Prof. Dr. İsmail Çifter).

30. Okanlı A., Ekinci, M.: Meme Kanseri Hastaları ve Eşlerinin Yaşam Doyumları, Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, 46(1): 9-14, 2008.

31. Özberksoy, A.: Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Türkan Özbayır).

32. Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1. Editörler: Prof. Dr. Cengiz Güleç, Prof. Ertuğrul Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Medico Graphics Ajans ve Matbaacılık, Ankara, 1997.

33. Rowland J.H., Desmend K.A., Meyerowitz B.E., Belin T.R., Wyatt G.E., Ganz P.A.: Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of National Cancer Institute*, 92(17), 1422-1429, 2000.

34. Rowland Pandey M., Thomas B.C., Ramdas K., Ratheesan K.: Early Effects of Surgery on Quality of Life in Women with Operable Breast Cancer. *Jpn J Clin Oncol.*, 36(7), 468-472, 2006.

35. Savaşır I., Şahin N.H.: Bilişsel – Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 1997, s: 115 – 119.

36. Savcı, A.B.: Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006 (Danışman: Prof. Dr. Asuman Güraksın).

37. Semltzer S.C., Bare B.G.: Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 8th Edition. Lippincott-Raven Publishers, 1996, p: 266-316.

38. Sertöz Ö.Ö., Mete H.E., Noyan A., Alper M., Kapkaç M.: Role Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4), 264-275, 2004.

39. Schover L.R., Yetman R.J., Tuason L.J., Meisler E., Esselstyn C.B., Hermann R.E., Grundfest-Broniatowski S., Dowden R.V.: Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. Cancer., S. 75(1); Abst.: 54, 1995.

40. Soygür, H.: Major Depresyon Saptanan Meme Kanseri Hastalarında Plazma İnterlökin-6 Düzeyleri Deksametazon Supresyon Testi Sonuçları ve Essitalopiram Tedavisine Yanıt. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2005 (Danışman: Prof. Dr. Özden Palaoglu).

41. Steinberg M.D., Juliano M.A., Wise L.: Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. Am J Psychiatry. S. 142, Abst.: 34, 1985.

42. Şıra, F.S.: Kemoterapi Alan Hastalarda Semptomların Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007 (Danışman: Prof. Dr. Nermin Olgun).

43. Timby B.K., Scherer J.C., Smith N.E.: Introductory Medical Surgical Nursing, 7th Edition. Lippincott Williams and Wilkins, 1999, p: 187-203, 881-897.

44. Ünal M.: Genel Cerrahi. Editör: Prof. Dr. Göksel Kalaycı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Tayf Ofset, 2002, s: 537-632.

45. Vogel, V.G.: Breast Cancer Prevention: A Review of Current Evidence. Ca-a Cancer Journal for Clinicians, 50(3), 156-170, 2000.

46. Yurek D., Farrar W., Andersen B.L.: Breast Cancer Surgery: Comparing Surgical Groups and Determining Individual Differences in Postoperative Sexuality and Body Change Stress. J Consult Clin Psychol., 68(4), 697-709, 2000.

47. Yurt, V.: Mastektomi Ameliyat Olan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemdeki Duygusal Tepkileri ve Hemşirelerin Bu Tepkilere İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1988 (Danışman: Prof. Dr. Nebahat Kum).

11. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında İstanbul'da doğan Meltem YILDIRIM, ilkokulu Kartaltepe İlkokulu'nda, ortaokulu Cumhuriyet İlköğretim Okulu'nda, liseyi General Ali Rıza Ersin Lisesi'nde okuduktan sonra 2002 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda üniversite eğitimine başlamıştır.

2006 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olan Meltem YILDIRIM, Özel Şişli Florence Nightingale Hastanesi'nde servis hemşiresi olarak göreve başlamış ve aynı dönemde Haliç Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans programına girmiştir.

Özel Şişli Florence Nightingale Hastanesi'nde bir yıl görev yaptıktan sonra oradan ayrılmış ve araştırma görevlisi olarak Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda göreve başlamıştır.

Halen, Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

İstanbul – 2008