



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**MASTEKTOMİ YAPILAN KADINLARDA SOSYAL
DESTEK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Filiz SALMAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN**

**ANKARA
2017**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MASTEKTOMİ YAPILAN KADINLARDA SOSYAL
DESTEK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Filiz SALMAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN**

ANKARA

2017

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Filiz SALMAN

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

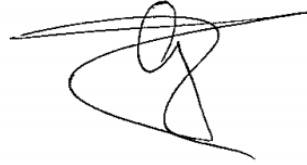
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalında Filiz SALMAN tarafından hazırlanan

“Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28.07.2017

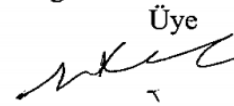
Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Üye



Yrd. Doç. Dr. Sema KOCAŞLI
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Üye



Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Çizelgeler	ix
1.GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Genel Bilgiler	7
1.3.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	7
1.3.2.Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	8
1.3.3. Meme Kanserinin Belirtileri	11
1.3.4. Meme Kanseri Tanı Yöntemleri	12
1.3.5. Meme Kanseri Tipleri ve Evrelendirme	13
1.3.6. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri	15
1.3.6.1. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi	16
1.3.6.1.1. Meme Koruyucu Cerrahi	16
1.3.6.1.2. Mastektomi	17
1.3.7. Meme Kanserinde Psikososyal Yön	17
1.3.7.1. Beden İmajında Değişiklik	19
1.3.7.2. Yaşam Kalitesinde Değişiklik	20
1.3.7.3. Aile ve Sosyal Çevre İlişkisi	22
1.3.8. Mastektomiye Uyum	23
1.3.9. Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık	23
1.3.9.1. Sosyal Destek	23
1.3.9.1.1. Kanser ve Sosyal Destek	25
1.3.9.2. Psikolojik Dayanıklılık	27
1.3.9.1.2. Kanser ve Psikolojik Dayanıklılık	28

2. GEREÇ VE YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Tipi	31
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	31
2.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	32
2.4. Araştırma Soruları	33
2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	33
2.6. Verilerin Toplanması	34
2.7. Veri Toplama Araçları	35
2.8. Uygulama	38
2.9. Verilerin Analizi	38
2.10. Etik İlkeler	38
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
3.BULGULAR	
3.1. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Veriler	40
3.2. Mastektomi Yapılan Kadınların Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler	43
3.3. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler	48
3.4. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Arasındaki İlişki	54
4.TARTIŞMA	
4.1.Mastektomi Yapılan Kadınların Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Verileri	55
4.2. Mastektomi Yapılan Kadınların Sosyal Destek Düzeyleri	59
4.3. Mastektomi Yapılan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri	63
4.4.Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişki	66
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	68
5.1.Öneriler	69
ÖZET	71
SUMMARY	72

KAYNAKLAR	73
EKLER	79
Ek-1: Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu	79
Ek-2: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği	80
Ek-3: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni	82
Ek-4: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	83
Ek-5: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kullanım İzni	84
Ek-6- Etik Kurul Kararı	86
Ek-7: Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Kurum İzni	88
Ek-8: Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni	90
Ek-9: Anket Bilgilendirme Metni	92
ÖZGEÇMİŞ	93

ÖNSÖZ

Yapılan bu çalışma ile meme kanseri nedeniyle mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık kavramları arasındaki ilişki ortaya konularak literatüre katkı sağlanmış olacaktır.

Yüksek lisans eğitimim süresince mesleki ve insani yönleri ile bana ışık olan ve üzerimde büyük emeği olan değerli hocam Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN'a,

Desteklerinden dolayı Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Ayfer TEZEL'e, tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma,

Tezin yürütülmesi için gerekli izinleri sağlamış olan, araştırmanın yürütülmesini sağlayan kurumlara ve araştırmaya katılarak destek veren tüm katılımcılara, araştırma verilerinin analizine destek olan Biyoistatistik Anabilim dalına ve değerli arkadaşım Blm. Uz. Eda Özge YAZGAN'a, bu süreçte arkadaşlıkları ve destekleri ile yanımda olan canım arkadaşlarıma,

Zor şartlar altında beni en güzel şekilde yetiştiren biricik annem Yüksel SALMAN ve babam Servet SALMAN'a ve bu süreçte desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kardeşlerime sonsuz teşekkür eder, minnet ve şükranlarımı sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	Amerikan Kanser Birliği
ANOVA	Analysis of Variance
BRCA-1/2	Meme Kanseri Geni 1/2
CD-RISC25	Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği-25
F	Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
KHSDÖ	Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği
max	Maksimum
min	Minimum
MKC	Meme Koruyucu Cerrahi
MRM	Modifiye Radikal Mastektomi
p	Önemlilik derecesi
PSÖ	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart sapma
<i>t</i>	Student <i>t</i> testi
TİK	Türkiye Kanser İstatistikleri
TNM	Tümör Nodül Metastaz
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
\bar{x}	Ortalama
Z	Mann Whitney U testi

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Meme Kanseri Risk Faktörleri	9
Çizelge 1.2. Meme Kanserinde Evreleme	15
Çizelge 3.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	41
Çizelge 3.2. Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Veriler	43
Çizelge 3.3. Sosyal Destek Düzeyi Puan Ortalamaları	44
Çizelge 3.4. Tanımlayıcı Veriler ve Sosyal Destek Düzeyi	46
Çizelge 3.5. Hastalığa İlişkin Veriler ve Sosyal Destek Düzeyi	48
Çizelge 3.6. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Puan Ortalamaları	49
Çizelge 3.7. Tanımlayıcı Veriler ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi	50
Çizelge 3.8. Hastalığa İlişkin Veriler ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi	53
Çizelge 3.9. Mastektomi Yapılan Kadınlarda KHSDÖ ve PSÖ Puanı Arasındaki İlişki	54

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser vakaları dünyada hızla artış göstermektedir. Kanser hızında meydana gelen bu artış devam ettiği takdirde, 2030 yılında her yıl 22 milyon yeni vaka ortaya çıkacaktır. Dünya’da ve Türkiye’de kadınlarda görülen kanser türleri içinde ilk sırada meme kanseri gelmektedir (Steward ve Wild, 2014 ve TKİ, 2017)

Meme kanseri dünya çapında kadınları tehdit eden önemli sağlık sorunlarından biridir. Gelişmekte olan ülkelerde meme kanserine bağlı ölüm ilk sıradayken, gelişmiş ülkelerde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (American Cancer Society [ACS], 2015). Dünya Kanser Raporu (2012) verilerine göre meme kanseri insidansı % 43,3, prevalansı 12,9’dur (100 000 kişide) (Steward ve Wild, 2014). Dünyada 1,7 milyon yeni meme kanseri vakası ve 0,5 milyon meme kanserine bağlı ölüm gerçekleştiği tahmin edilmektedir (Steward ve Wild, 2014). Amerika’da her sekiz kadından biri meme kanserine yakalanmakta iken (Siegel ve ark., 2016), kansere yakalanan her dört kadından biri meme kanseri tanısı almaktadır (Steward ve Wild, 2014). Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olması nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Hastalık sürecinde hasta ve ailesi birçok sorunla karşılaşmaktadır.

Meme kanseri sürecinde karşılaşılan sorunlar tanı ve tedavi sürecine bağlı olarak değişmektedir. Kanser tedavisi uzun ve yoğun bir süreci içermektedir. Bu uzun süreçte, tedavi sırasında karşılaşılan sorunlar ve zorluklar, kadınları günlük yaşam fonksiyonlarını yerine getirirken zorlamakta ve yaşam kalitelerini etkilemektedir (Gümüş, 2006 ve Koçan ve Gürsoy, 2016). Yaşam kalitesinin azalmasına neden olan sorunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlara sahiptir.

Hastalık sürecinde karşılaşılan en önemli fiziksel sorunlar yara komplikasyonları, kolda lenf ödem, ağrı, kemoterapinin ve radyoterapinin olumsuz etkileri ile ilgilidir. Kadınlar cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gibi ağır tedavilerle birlikte yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma ve uyku problemleri yaşayabilmektedir (Seven ve ark., 2013).

Meme kanserli kadınların yaşadıkları sosyal sorunlar aile, evlilik, cinsellik, sosyal ilişkiler ve mesleki sorumluluklar gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır. Temel sosyal sorunlar arasında iş hayatından uzaklaşma, işsizlik ve iş kaybına bağlı sağlık güvencesinin olmaması, çevresi tarafından damgalama endişesi nedeniyle sosyal izolasyon, arkadaş çevresinden kaçınma gibi sorunlar yaşanabilmektedir. (Gümüş, 2006 ve Okanlı, 2013).

Memenin kadın için taşıdığı anlam nedeniyle, mastektomi sonrası meme kaybına uyum zorlaşabilmekte ve tedavi sürecinde hastalığın kabullenilişiyle ilgili sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Mastektomi sonrası meme kanserli kadınlar, psikososyal yönden birçok farklı sorunla da karşılaşabilmektedir (Gümüş, 2006). Uyum aşamalarını başarılı bir şekilde geçiremeyen kadınlarda, psikososyal sorunlar kişinin yaşamını olumsuz etkilemektedir.

Mastektomili kadınlar psikolojik yönden; anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlama korkusu, ölüm korkusunun yanı sıra, meme kaybı nedeniyle beden imajında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, benlik saygısının azalması ve cinsellik/çekicilik kaybı yaşayabilmektedir (Ganz ve ark., 2008; Gümüş, 2006 ve Özkan ve Alçalar, 2009). Hastalık sürecinde psikososyal sorunların çözümünde, kişinin baş etme mekanizmalarının varlığı önem kazanmaktadır. Baş etmeyi kolaylaştıran etkenlerden ikisinin ise bireyin sosyal desteklerinin varlığı ve psikolojik dayanıklılık düzeyi olduğu düşünülmektedir.

Sosyal desteğin pozitif sağlık kavramında fiziksel sağlık, zihinsel iyilik ve sosyal işlevsellik üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (Wortman, 1984). Meme kanserli kadınlar, stresin zararlı etkilerinden korunabilmek ve daha iyi baş edebilmek için sosyal destek sistemlerinin varlığına ihtiyaç duyabilir. Meme kanseri; kadınların sosyal ve günlük yaşantısında kısıtlamalara, depresyona ve sosyal izolasyona neden olmaktadır (Fernandes ve ark., 2014). Tedavi gören kadınlar; psikolojik, duygusal, sosyal ve cinsellik açısından daha fazla sorun yaşamakta ve bu sorunlarla baş edebilmek için daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır (Fernandes ve ark., 2014). Kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri arttığında, yaşam kaliteleri yükselmekte, stres ve depresyon düzeyleri azalmaktadır (Çalışkan ve ark., 2015 ve Fernandes ve ark., 2014).

Sosyal destek sistemlerinden öncelikle akla gelenler eş ve çocukların oluşturduğu çekirdek aile (Özyurt, 2015), akrabalar, arkadaşlar, komşular iş arkadaşları, sağlık personeli, sosyal hizmet kurumları vb. sistemlerdir (Güner, 2008 ve Işıkhan, 2007). Bu sistemler arasında meme kanserli kadının en büyük destekçisi, eşi olarak kabul edilmektedir. Destek sistemler yeterli olmazsa hastaların uyumları etkilenebilmektedir (Işıkhan, 2007). Hastaların uyumunu kolaylaştırmak için hemşireler bu dönemde kanser hastalarının destek ihtiyacını belirlemeli ve uygun bakım girişimleri planlamalıdır.

Kanser hastalarıyla yapılan çalışmalarda sosyal desteğin kanser hastaları için olumlu sonuçlar doğurduğu, sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin ve baş etme gücünün de arttığı, algılanan stresin düştüğü gösterilmiştir (Casellas-Grau ve ark., 2016). Kanser tedavisi ve bakım sürecinde sosyal destek sağlanması, yaşam süresi ve refahın artması, umutsuzluğun azalması bakımından önemlidir (Somasundaram ve ark., 2016). Dedeli ve ark. (2008) yaptığı çalışmada aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kanserli bireylerin genel iyilik hali arasında olumlu bir ilişkinin olduğunu göstermiş, bu nedenle sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğunu belirtmiştir.

Sistematik derleme olarak yapılan bir çalışmada sosyal destekle umut, iyimserlik, partnerinin olması, çalışıyor olması ve inanç düzeyi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Casellas-Grau ve ark., 2016). Yapılan çalışmalar kanserde sosyal desteğin önemli olduğunu, iyilik hali ve pozitif psikolojik sürece etkisinin bulunduğunu ortaya koymaktadır (Casellas-Grau ve ark., 2016; Dedeli ve ark., 2008 ve Somasundaram ve ark., 2016). Bu süreçteki sosyal desteğin varlığı hastaların psikolojik dayanıklılığını da olumlu olarak etkileyebilir.

Bireyin sahip olduğu psikolojik dayanıklılığın pozitif psikolojik sürece önemli katkıları olduğu ve uyumu kolaylaştırdığı düşünülmektedir (Markovitz ve ark., 2015). Latince de “*resiliens*” kelimesinden türetilen psikolojik dayanıklılık kelime anlamı olarak “esneklik, eski durumuna kolayca geri dönebilme” olarak tanımlanmaktadır. Yapılan tanımlamalar incelendiğinde, psikolojik dayanıklılığın kişinin yaşamındaki zor deneyimlere karşı gösterdiği dayanma gücü ve bu süreçte kendisini başarılı bir şekilde toparlaması olduğu belirtilmektedir (Kararımak, 2010).

Psikolojik dayanıklılık zor yaşamsal deneyimlere karşı, bireyde var olan koruyucu bir özellik olmasının yanı sıra, öğrenilebilir bir özellik olduğu da düşünülmektedir (Rutter, 2006). Psikolojik dayanıklılık düzeyi, kanser gibi travmatik bir faktörden etkilenebilmektedir. Ayrıca dinamik bir süreç olan bu dönemde kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi; meme kanserine, mastektomi operasyonuna ve diğer tedavi süreçlerine olan uyumunu kolaylaştırabilir ya da zorlaştırabilir.

Literatür incelendiğinde; psikolojik dayanıklılık düzeyini etkileyen faktörleri, kişiyi olumsuz etkileyen risk faktörleri ve olumsuz etkiyi hafifletecek koruyucu faktörler oluşturmaktadır (Dong ve ark., 2013; Garmezzy, 1993; Gheshlagh ve ark., 2016 ve Rutter, 2006). Yaşam sürecinde ortaya çıkan olumsuz deneyimler ve başa gelebilecek felaketler (kanser, ölüm, aile içi şiddet, savaş, cinsel taciz, ebeveyn kaybı, kronik yoksulluk vb.) bireyin psikolojik açıdan sağlıklı bir yaşam sürmesini ve

psikolojik dayanıklılık düzeyini olumsuz etkileyen risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır. Kanser tedavi süreci, hastalar için travmatik bir süreçtir ve psikolojik dayanıklılığı olumsuz etkileyen risk faktörü kapsamına girmektedir. Olumsuz etkiyi hafifletecek koruyucu faktörler; bireysel, ailesel ve bireyin sosyal çevresinden gelen koruyucu faktörler olarak isimlendirilmektedir. Bu faktörler; özgüven, özsaygı gibi bireysel, eş, çocuk ve akrabalar ile olan ailesel sıcak ilişkiler ve entelektüel bir sosyal çevrenin olmasıdır.

Kanser tedavi sürecinde psikolojik dayanıklılığın rolü gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Bu nedenle son yıllarda psikolojik dayanıklılık ve kanser araştırmaları artış göstermiştir. Hjemdal ve ark., (2006) çalışmasında, psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin, düşük olan bireylere göre travmatik olaylarla daha etkili baş edebildikleri ve travmatik olaylarda daha düşük ruhsal sıkıntı yaşadıkları görülmüştür.

Fiziksel aktivite ve psikolojik stresin kanser hastalarındaki psikolojik dayanıklılıkla ilişkisine bakılan bir çalışmada, düşük seviyedeki psikolojik stres ve yüksek aktivite düzeyinin, psikolojik dayanıklılıkla ilişki gösterdiği bulunmuştur (Martzka ve ark., 2016).

Somasundaram ve ark. (2016) küratif ve palyatif tedavi gören kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık, algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyini incelemiştir. Bu çalışmada psikolojik dayanıklılık sosyal destekle pozitif yönde, umutsuzlukla negatif yönde ilişki bulunmuştur (Somasundaram ve ark., 2016).

Markovitz ve ark. (2015) ise sağlıklı bireyler ve cerrahi girişim geçiren meme kanserli hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyini karşılaştırma, fakat iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Aynı çalışmada psikolojik dayanıklılığı daha

yüksek olan bireylerin, duygusal olarak daha uyumlu oldukları bulunmuştur (Markovitz ve ark., 2015).

Hastalıkların tedavisi ve bakımında, biyo-psiko-sosyal modelin benimsenmesi ve hastanın bütüncül ele alınması gerekmektedir. Tedavi ve bakımda tek amaç, hastayı hayatta tutmak değil, aynı zamanda o hayatı yaşamaya değer kılmak olmalıdır. Bu süreçte sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi, kanser hastalarının tedavi sürecine pozitif etki yapabilir. Mastektomi ameliyatı sonucu kaybedilen memenin, kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyine etkisinin belirlenmesi gerekmektedir. Sosyal desteğin de bu dönemdeki kişinin psikolojik dayanıklılığına etkisi olabilir. Hastalarla kliniklerde uzun süre iletişim kurma olanağı olan hemşirelerin kadınların bu dönemdeki dayanıklılık düzeylerini bilmeleri, destek sistemlerini harekete geçirmeleri açısından önemlidir. Hemşirelerin, belirledikleri sorunlara yönelik verdikleri bakım girişimleri ile meme kanseri kadınlarda sıkça karşılaşılan psikososyal sorunlar azalabilir. Literatürde mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık ilişkisinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek düzeyi ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kadınlarda görülen kanser türleri arasında meme kanseri dünya çapında ilk sırada yer almaktadır. Dünyada kansere yakalanan her dört kadından biri meme kanseridir (American Cancer Society [ACS], 2016b). Kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olması nedeniyle de büyük önem taşımaktadır. Dünyada 1,7 milyon yeni meme kanseri vakası ve 0,5 milyon meme kanserine bağlı ölüm gerçekleştiği tahmin edilmektedir (Steward ve Wild, 2014). Gelişmekte olan ülkelerde meme kanserine bağlı ölüm ilk sıradayken, gelişmiş ülkelerde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (ACS, 2015). Dünya Kanseri Raporu (2012) verilerine göre meme kanseri insidansı % 43,3, prevalansı 12,9'dur (100 000 kişide) (Steward ve Wild, 2014). Gelişmiş ülkelerde meme kanseri erken tanılanmakta ve prognozu daha iyi seyretmekteyken, Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde ise meme kanseri sıklıkla hastalık ilerledikten ve hayatta kalma şansı azaldıktan sonra fark edilmektedir (ACS, 2015) .

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de meme kanseri istatistikleri benzerlik göstermektedir. Türkiye Sağlık Bakanlığı Kanseri İstatistikleri 2014 yılı verilerine göre kadınlarda en çok görülen on kanser türü arasında meme kanseri % 43'lük görülme insidansı ile ilk sıradadır (Türkiye Kanseri İstatistikleri [TKİ], 2017).

Amerika Birleşik Devletlerinde 2017 yılında yaklaşık 252 710 adet invaziv, 63 410 adet insitu yeni meme kanseri vakasının tedavi edileceği ve 40 610 meme kanserine bağlı ölüm gerçekleşeceği tahmin edilmektedir(ACS, 2016b).

1.3.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiyolojisi tam bilinmemesine rağmen, birçok faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Hormonal faktörler, genetik faktörler, çevresel etmenler ve yaşam stili gibi faktörler meme kanseri oluşumunu etkilemektedir. Risk faktörlerinde farklı sınıflandırmalar yapılmaktadır. Amerikan Kanser Birliği (ACS, 2015). risk fatörlerini dörde ayırmıştır, bunlar; değiştirilemeyen risk faktörleri, yaşam biçimiyle ilişkili faktörler, etkisi belirsiz risk faktörleri ve kanıtlanmamış risk faktörleridir (Çizelge 1.1) Bu faktörler arasından bazı risk faktörleri tanımlanacaktır (ACS, 2015; ACS, 2016b; Karayurt ve ark., 2016 ve Kaymakçı, 2010).

- **Cinsiyet :** Cinsiyet bu grupta önemli bir yer tutmaktadır. Kadınlarda meme dokusu miktarının, östrojen ve progesteron düzeylerinin erkeklere göre daha fazla olması nedeniyle kadınlarda meme kanseri görülme olasılığı daha yüksektir.
- **Yaş:** Yaş ilerledikçe meme kanseri görülme sıklığı da artmaktadır. Meme kanseri tipleri arasında yer alan invaziv meme kanseri vakalarının yaklaşık üçte ikisi 55 yaş üzerindeki kadınlarda görülmektedir (Karayurt ve ark., 2016). Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam süresinde uzama, beslenme bozukluğuna bağlı obezite gibi sorunlar, hormon replasman tedavisi kullanımında artış ve over hormonlarına maruz kalma gibi faktörler meme kanseri görülme sıklığını artırmaktadır.
- **Aile Öyküsü:** Bazı kişiler ailesel faktörler nedeniyle yüksek risk taşımaktadır. Ailesinde birinci dereceden akrabalarından (anne, kız kardeş, teyze) birinin meme kanseri olması, meme kanseri riskini 2 kat artırırken, meme kanseri olan birinci dereceden akraba sayısı arttıkça risk artmaktadır(ACS, 2016b).

Çizelge 1.1. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri	Yaşam Biçimiyle İlişkili Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none">• Kadın olmak• 55 ve üzeri yaşta olmak• Bazı kalıtsal genler (BRCA 1, BRCA2, ATM, TP53, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11, PALB2)• Aileme meme kanseri öyküsü• Kişinin meme kanseri öyküsü• Irk ve etnik köken• Meme dokusu yoğunluğu• Bazı bening meme hastalıkları• 12 yaşından önce menarşın başlaması• 55 yaşından sonra menapoza girmek• Göğüse radyasyon tedavisi• Diethylstilbestrol'e maruz kalmak	<ul style="list-style-type: none">• Alkol kullanımı• Fazla kilolu ya da obez olmak• Fiziksel aktivite• Çocuk sahibi olma• Doğum kontrol hapı ya da implantı kullanmak• Hormon replasman tedavisi• Emzirme
Etkisi Belirsiz Risk Faktörleri	Kanıtlanmamış Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none">• Beslenme biçimi ve diyet alımı• Çevredeki kimyasallar• Sigara kullanımı• Gece vardiyasında çalışmak	<ul style="list-style-type: none">• Ter önleyici kozmetik kullanımı• Sütyen kullanımı• Kürtaj• Meme implantı

- **Genetik Faktörler:** Meme kanseri vakalarının onda birinde otozomal dominant geçişli kalıtsal nedenler oluşturmaktadır. Bu faktörlerin en önemlileri 17 numaralı kromozomda bulunan meme kanseri-1 (BRCA-1) ve meme kanseri-2 (BRCA-2) gen mutasyonudur. Bu genlerde meydana gelen mutasyon kanser riskini yüksek oranda artırmaktadır. Mutasyona uğrayarak meme kanserine neden olabilen diğer genler ise ATM, TP53, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11, PALB2 genleridir.

- **Hormonlar:** İlk menarş yaşı 12 yaşın altında olanlarda, 55 yaşından sonra menapoza girenlerde, hiç çocuğu olmayanlarda, 30 yaşından sonra ilk doğumunu yapanlarda meme kanseri riski artış göstermektedir. Bu durumun östrojen ve progesteron hormonlarına daha fazla maruz kalma nedeniyle olduğu düşünülmektedir (ACS, 2016b). Doğum kontrol yöntemi olarak oral

kontraseptif kullanan kadınlar bu yöntemi kullanmayan kadınlara göre daha fazla risk altındadır. İlaç kullanımını bırakıldıktan sonra ise normale dönmektedir. Benzer şekilde menapoz sonrası en az iki yıl süreyle kombine hormon terapisi kullanmak da meme kanseri riskini artırırken, ilaç kullanımını bıraktıktan 5 yıl sonra kanser riski normal düzeye gelmektedir(ACS, 2016b ve Karayurt ve ark., 2016).

- **Kişinin Meme Kanseri Öyküsü:** Bir memede kanser görülmesi diğer memede de kanser riskini 3-4 kat artırmaktadır. Malign olmayan ama meme dokusunda bazı yapısal değişikliklere yol açan fibrozis, adenozis, fibroadenomlar ve atipik duktal hiperplazi gibi lezyonlar da meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS, 2016b).
- **Radyasyon:** Çocuk ve genç yetişkinlerde başka hastalıkları tedavi etmek amacıyla göğüs bölgesine radyoterapi uygulanması meme kanseri riskini artırmaktadır. Radyoterapinin 40 yaşından sonra uygulanması ise meme kanseri riskini etkilememektedir (ACS, 2016b).
- **Diğer Faktörler:** Düzenli alkol ve uzun yıllar sigara kullanımı meme kanseri riskini artırmaktadır. Menapoz sonrası dönemde fazla kilolu ya da obez olmak da meme kanseri riskini artıran etmenlerdendir. Menapoz öncesinde östrojenin büyük çoğunluğu overlerden salgılanmakta iken menapoz sonrası yağlı dokunun fazla olması nedeniyle östrojen düzeyini yükselmekte ve meme kanseri riskini artırmaktadır. Fiziksel aktivitenin artırılması ise meme kanseri riskini azaltan etmenlerdendir. Gece mesaisinde çalışan kadınlarda da meme kanseri riskinin arttığını gösteren çalışmalar bulunduğu belirtilmektedir (ACS, 2016b).

1.3.3. Meme Kanseri Belirtileri

Meme kanseri küçük boyutlarda ve kolaylıkla tedavi edilebilir durumdayken genellikle semptom vermediği için erken fark edilme oranı düşüktür. Kadınların belirtiler ortaya çıkmadan önce önerilen tarama programlarına katılması erken teşhis için önemlidir. Meme dokusunda meydana gelen değişiklikleri çoğu zaman ilk fark eden hastadır (Parlar ve ark., 2005). Bu nedenle kişinin meme dokusunu tanınması belirtilerin erken fark edilmesini sağlamaktadır.

Meme kanserinde en sık görülen belirti genellikle ele gelen şişlik ya da kitledir. Meme kanserinin klinik belirtileri arasında;

- Genellikle ağrısız ve sınırları belli olmayan kitle,
- Memede iritasyon, ülserasyon, kızarıklık, kalınlaşma,
- Meme derisinde ödem, çukurlaşma ya da portakal kabuğu görünümü (Pau d'orange belirtisi)
- Meme veya meme başında ağrı,
- Meme başında ya da areloada çökme,
- Meme başlarının duruşunda değişiklik,
- Memelerde asimetri,
- Meme başı akıntısı,
- Lenf nodüllerinde büyüme,
- Üst kolda ve memede şişlik,
- Memedeki damarlarda belirginleşme yer almaktadır (Karayurt ve ark., 2016; ACS, 2016c; Rees ve Garnes, 2015 ve Parlar ve ark., 2005).

1.3.4. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

Meme kanserinin erken tanılanması tedavi olasılığını da yükseltmektedir. Meme kanseri tanı yöntemleri; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM), mammografi, ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonanslı görüntüleme (MRG) ve biyopsiyi içermektedir. Ultrason, MRG ve biyopsi hastanın klinik durumuna göre tercih edilmektedir.

- **KKMM:** KKMM aylık düzenli uygulama ile kadınların kendi meme dokularını daha iyi tanımaları ve olası değişiklikleri mümkün olduğunca erken dönemde tanılanmasını sağlayan bir yöntemdir. Bu yöntemin etkili olabilmesi için meme dokusunu en iyi tanıldığı menstrasyondan sonraki 5. ve 7. günler arasında her ay düzenli olarak KKMM yapılması gerekmektedir. Adet görmeyen kadınlar ise her ayın ilk günü uygulamalıdır. KKMM farkındalık yaratmada önemli bir yöntem olduğu için KMM ve mammografi ile birlikte uygulanmalıdır (Akyolcu ve Uğraş, 2011).
- **Klinik Meme Muayenesi (KMM):** KMM, sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan fizik muayene yöntemidir. Bu muayenede kullanılan yöntem inspeksiyon ve palpasyondur. İnspeksiyon yöntemiyle meme derisi ve meme başı değişiklikleri asimetri yönünden incelenirken, palpasyon yöntemi ile meme ve koltuk altı kitle/lezyon açısından muayene edilir (Kaymakçı, 2010).
- **Mammografi:** Memenin kas, yağ ve grandüler yapılarını incelemek amacıyla X ışını ve konpresyon kullanılarak yapılan meme yapısındaki değişikliklerin görüntülenmesi işlemidir (ACS, 2015). Mammografi meme kanserinin tanılanmasında etkili bir yöntemdir, diğer yöntemlerle saptanamayan küçük kitleler bile mammografi ile saptanabilir (Kaymakçı, 2010). Mammografi çekimleri ülkelerin belirledikleri kanser tarama programları doğrultusunda çekilmektedir.

Ülkeler ve kurumlar arasında tarama programları farklılıklar gösterebilmektedir. ACS mamografi çekimini 45-54 yaş arasında yılda bir, 55 yaşından sonra iki yılda bir önerirken, ABD Koruyucu Hizmetler Birliği 50-74 yaşları arasında iki yılda bir mamografi çekimini önermektedir (Oeffinger ve ark., 2015 ve Siu, 2016). Ülkemizde ise 20-39 yaş arasında 3 yılda bir KMM, 40-69 yaş arasında her ay KKMM, yılda bir defa KMM, iki yılda bir de mamografi önerilmektedir (Karayurt ve ark., 2016).

- **Ultrasonografi:** Radyasyon içermeyen ses dalgaları kullanılarak yapılan bir görüntüleme işlemidir. Yoğun meme dokusu olan hastalarda ultrason birçok meme kanserini yakalamaktadır fakat, yalancı pozitiflik oranı yüksektir (ACS, 2015). Bu nedenle mamografi ve ultrason genelde birbirini tamamlayan yöntemlerdir.
- **Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG):** MRG manyetik alanlar kullanarak dokunun daha ayrıntılı görüntülenmesi işlemidir. Bu yöntem genelde meme kanseri tanısı almış hastalarda başka bir tümörün varlığını saptamak ve mevcut tümörün boyutlarını incelemek amacıyla yapılmaktadır.
- **Biyopsi:** Diğer tanı yöntemleri sonucu saptanan şüpheli kitlenin kanser olup olmadığını belirlemek amacıyla uygulanır.

1.3.5. Meme Kanseri Tipleri ve Evreleme

Meme kanseri genellikle memenin epitel hücrelerinde oluşan karsinomalar ya da meme bez hücrelerinde oluşan adenokarsinomlardır. Tümörler genellikle köken aldıkları dokuya göre gruplandırılırlar. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2013 yılında yayınladığı tümör sınıflandırma rehberine göre meme kanseri tiplerine hücresel düzeyde birçok sınıflandırma yapmıştır (Sinn ve Creipe, 2013 ve Steward ve Wild,

2014). Genel olarak meme kanserleri invaziv ve noninvaziv meme kanserleri olarak iki gruba ayrılır.

Noninvaziv meme kanserinde kanser hücreleri, memenin duktus ve lobüllerini çevreleyen bazal membranı geçmemiştir ve invazyon öncesi dönem olarak adlandırılır. Duktal karsinoma in-situ (DSIC) ve lobüler karsinoma in-situ (LCIS) olarak gruplandırılır. DSIC'da kolaylıkla tanı konur ama erken dönemde farkedilmezse invaziv duktal kansere dönüşebilir. LSIC yıllarca belirti vermeyebilir bu nedenle tanılanması zor bir kanser türüdür (Karayurt ve ark., 2016 ve Steward ve Wild, 2014).

İnvaziv meme kanserleri bazal membranı aşarak stromaya invazyon yapmaktadır. Stromayı aşan bir özelliği olduğu için de kan ve lenf yoluyla yayılım gösterebilmektedir (Karayurt ve ark., 2016). İnvaziv meme kanserleri 20'den fazla gruba ayrılmaktadır. İnvaziv duktal karsinomlar WHO 2013 tümör sınıflamasına göre spesifik olmayan meme kanseri olarak adlandırılmıştır (Sinn ve Creipe, 2013). Bu grup diğer alt tiplere ait spesifik özellik taşımayan kanser tiplerini içerir. Tüm meme kanserlerinin % 75'ini oluşturur (Karayurt ve ark., 2016). En sık görülen spesifik alt tipler ise invaziv lobüler, tübüler, kribriform, metaplastik, apokrin, müsinoz, papiller, mikropapiller, medüller ve enflamatuar karsinomlardır (Sinn ve Creipe, 2013 ve Steward ve Wild, 2014).

Meme kanseri evrelendirmesinde Tümör Evrelendirme Sistemi (TNM) en yaygın kullanılan yöntemdir. Çizelge 1.2' de gösterilen bu evreleme sisteminde tümörün çapı(T), lenf nodu tutulumu (N) ve metastaz durumu (M)'na göre kanserin evresi belirlenmektedir (Edge ve Compton, 2010).

Çizelge 1.2. Meme Kanserinde Evreleme

Evre	Tümör Çapı	Lenf Nodu Tutulumu	Metastaz
0	İn-situ Tümör	Yok	Yok
IA	<20mm	Yok	Yok
IB	Tümör yok ya da <20mm	Var, Mikrometastaz	Yok
II IIA	Tümör yok ya da 50 mm kadar değişebilir	Var, Mikrometastaz ya da 1 ile 3 arasında aksiller lenf nodu tutulumu	Yok
II IIB	Tümör 20- 50mm ya da >50 mm	Var, 1 ile 3 arasında aksiller lenf nodu tutulumu	Yok
III IIIA	Tümör çapı değişken <1mm ya da >50 mm	Var, 4 ile 9 arasında aksiller lenf nodu tutulumu	Yok
IIIB	Cilt ya da göğüs duvarına uzantılı değişken tümör çapı	Yok ya da 1-9 arasında değişen aksiller lenf nodu tutulumu	Yok
IIIC	Herhangi bir boyut tümör	Var, 10' dan fazla lenf nodu tutulumu	Yok
IV	Herhangi bir boyut tümör	Herhangi bir nod tutulumu	Var

1.3.6. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri

Tedavi yönteminin seçimine hasta ve hekim ortak olarak karar vermektedir. Bu karar verilirken kanserin evresi, biyolojik özelliği, hastanın yaşı, tercihi ve yarar zarar ilişkisine bakılmakta ve hasta için en uygun yöntem tercih edilmektedir (ACS, 2015 ve Senkus ve ark., 2013). Meme kanserinin tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi, hedefe yönelik tedaviler ve bu tedavilerin kombine kullanıldığı sistemik tedaviler uygulanmaktadır. Cerrahi öncesinde kemoterapi/radyoterapi tedavileri uygulanabildiği gibi cerrahi sonrasında da uygulanabilmektedir. Sistemik tedaviler ameliyat öncesi dönemde veriliyorsa neoadjuvan terapi, ameliyat sonrası dönemde uygulanıyorsa adjuvan tedavi olarak

adlandırılır. Adjuvan terapi genellikle erken evre (Evre I ve II) meme kanserinde ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek nüksleri önlemek amacıyla küratif olarak uygulanır. Neoadjuvan terapi ise ileri evre meme kanserlerinde (Evre III ve IV) genellikle ameliyat öncesi dönemde belli süreyle uygulanır ve tümörün sınırlarının küçültülüp cerrahinin daha kolay ve kapsamlı yapılmasını sağlar (ACS, 2015).

1.3.6.1. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde amaç, memenin mümkün olduğu kadar korunması ve tümörün çıkarılmasıdır (ACS, 2015). Hastanın yaşı ve isteğine göre tedaviler şekillenebilmektedir (Senkus ve ark., 2013 ve Whelan ve ark. 2004). Meme kanserinin cerrahi tedavisinde 2 temel yaklaşım uygulanmaktadır. Bunlar meme koruyucu cerrahi (MKC) ve mastektomidir.

1.3.6.1.1. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

Memedeki tümörün sınırlı bir çevre dokuyla beraber çıkarılması işlemidir. MKC genellikle Evre I ve II meme kanserlerine uygulanmakta ve cerrahi sonrasında hastalar genelde radyoterapi almaktadır (ACS, 2015). MKC ve mastektomi arasındaki seçim tümörün boyutuna, evresine, tipine ve hastanın tercihinine göre yapılmaktadır. MKC'nin avantajlarından biri de meme başının korunuyor olmasıdır (Karayurt ve ark., 2016). Mastektomi ve MKC'nin uzun dönem sonuçlarının benzer olduğunu gösteren çalışmalar artmaktayken, MKC uygulanabileceği halde mastektomiye seçen hasta sayısı gittikçe artmaktadır (ACS, 2015).

1.1.6.1.2. Mastektomi

Mastektomi basit, modifiye radikal ve radikal mastektomi olarak üç farklı şekilde uygulanmaktadır. Basit mastektomide tüm meme dokusu çıkarılırken, modifiye radikal mastektomide (MRM) meme dokusuyla beraber aksiller lenf nodları da çıkarılmaktadır. Radikal mastektomi ise meme altında yatan kaslarla beraber tüm meme dokusu ve aksiller lenf nodlarının çıkarılması işlemidir (ACS, 2015; Karayurt ve ark., 2016; Kaymakçı, 2010). Radikal mastektomi günümüzde çok az kullanılan bir yöntemdir çünkü meme altındaki kasların çıkarılmasının tüm tümörlü hücreleri çıkarmak için etkisiz bir yöntem olduğu düşünülmektedir (ACS, 2015).

Hem mastektomide hem de MRM'de birkaç tane aksiller lenf nodunun çıkarılması gerekebilmektedir. Bunu belirlemeye yönelik sentinel lenf nodu biyopsisi ameliyat sırasında uygulanmaktadır. Sentinel haberci anlamına gelmektedir ve tümörün bulunduğu yerden drene olacağı ilk lenf nodunu tanımlamakta kullanılır. Sentinel lenf nodu tümör taşııyorsa aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmaz (ACS, 2015 ve Karayurt ve ark., 2016). Bu işlem gereksiz aksiller girişimi önlemekte ve ameliyat sonrası hastaların yaşam kalitesini ve hastanede kalma süresini etkilemektedir (Karayurt ve ark., 2016 ve Senkus ve ark., 2013).

1.3.7. Meme Kanserinde Psikososyal Yön

Kanser tedavisi uzun ve yoğun bir süreci içermektedir. Bu uzun süreçle birlikte tedavi sırasında karşılaşılan sorunlar ve zorluklar, kadınları günlük yaşam fonksiyonlarını yerine getirirken zorlamakta ve yaşam kalitelerini etkilemektedir (Ganz, 2004; Gümüş, 2006 ve Koçan ve Gürsoy, 2016). Meme kanseri tanısının ardından kadınlar tedavi öncesi dönemde, tedavi süresince ve tedavi sonrasında

psikososyal yönden birçok farklı sorunlarla karşılaşabilmektedir (Gümüş, 2006). Genel olarak bu sorunlar aile, evlilik, cinsellik, sosyal ilişkiler ve mesleki sorumluluklar gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır.

Tedavi öncesi dönemde hastalığa uyum süreci başlamakta ve hastalığın kabullenilişyle ilgili sorunlarla karşılaşabilmektedir. Hastalar bu dönemde bazı aşamalardan geçmektedir. Kanseri kabulleniş sürecini, Elisabeth Kübler Ross beş aşamada tanımlamıştır (akt. Tünel ve ark, 2012; akt. Koçan ve Gürsoy, 2016). Bu aşamaların ilki yadsıma evresidir ve hastalar bu dönemde hastalığın olmadığını, kendilerini iyi hissettiklerini, bu nedenle hata yapılmış olabileceğini düşünerek yok saymaya gidebilmektedir. İkinci aşamada birey, neden hastalandığını sorgulamaya başladığı bir öfke dönemine girer. Bu öfke kendisine, ailesine, arkadaşlarına ya da kendi inanç sistemine karşı olabilmektedir. Bu dönemin ardından tedavi seçeneklerinin düşünüldüğü pazarlık aşaması gelir. Hasta kendisini iyileşme yönünde şartlandırır, uyum ve işbirliği gösterir. Dördüncü aşamada tedavi sürecinin de başlamasıyla birlikte, yıpratıcı bir dönemi yaşayan hastalarda depresyon görülebilmektedir. Son olarak öfke ve üzüntünün azaldığı sessiz bir dönem olan kabullenme aşamasıdır. Hastalar bu beş aşamayı sırayla yaşayabildikleri gibi iç içe yaşayabilir ya da bazı aşamaları yaşamadan atlatabilirler (Tünel ve ark, 2012; Koçan ve Gürsoy, 2016). Tedavi aşamasında yaşamı tehdit eden durumla savaşıma ön plandadır ve cerrahi tedavi nedeniyle anksiyete sıklıkla görülmektedir. Tedavi sonrası dönemde ise uyum güçlükleri ve nüks endişesi daha çok görülmektedir (Tünel ve ark, 2012).

Kansere uyumla birlikte meme kaybına uyum, mastektomi sonrası dönemde önemli bir süreçtir. Meme birçok toplumda dişiliğin temsilen; kadınlığın, anneliğin ve cinselliğin sembolü olarak görülmektedir (Okanlı, 2013; Tünel ve ark, 2012; Koçan ve Gürsoy, 2016). Meme kaybına karşı gösterilecek tepkiler, memenin kişi için taşıdığı anlama göre değişmektedir. Meme kanserli kadınların yaşadığı temel psikolojik sorunlar anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin

tekrarlama korkusu, ölüm korkusudur (Ganz, 2008 ve Gümüş, 2006). Meme kaybı nedeniyle kadınlarda beden imajında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, benlik saygısının azalması ve cinsellik/ çekicilik kaybı yaşanmaktadır. Kadınlar cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gibi ağır tedavilerle birlikte yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma ve uyku problemleri oluşur. Kadının aile ilişkileri ve rolleri değişebilir, yakın çevresi tarafından damgalama yaşayabileceği endişesi gelişebilir. Hastalık sürecinde, iş hayatından uzaklaşmakta, işsizlik ve sağlık güvencesinin olmaması gibi sorunlar da yaşayabilmektedir (Gümüş, 2006 ve Okanlı, 2013).

Meme kanseri nedeniyle cerrahi tedavi yapılan (Mastektomi, MKC) hastalarda oluşan psikososyal değişimler; beden imajında değişiklik, yaşam kalitesinde değişiklik ve aile ve sosyal çevre ilişkisinde değişiklik olarak üç başlık altında toplanabilir.

1.3.7.1. Beden İmajında Değişiklik

Beden imajı benliğin, fiziksel görünüş, sağlık durumu, fiziksel yetenek ve cinsellikle ilgili tüm tutum ve algılarını içeren zihinsel göstergesidir (Mock, 1993) Kişinin bedeninin ve bedenine ait tüm duyularının tablosu, beden imajı olarak adlandırılmaktadır. Beden imajını biçimlendiren birkaç faktör vardır. Bunlar bireyin kişiliği, değerleri ve düşünceleridir. Yani hem fizyolojik hem de sosyal durumlardan etkilenmektedir. Meme cerrahisi geçiren hastalarda cerrahinin türüne ve kadının algısına göre beden imajı etkilenebilmektedir. Mastektomi; MKC ve meme rekonstrüksiyonuna göre kadınların beden imajını daha çok etkilemektedir (Anagnostopoulos ve Myrghianni, 2009; Fang ve ark., 2013; Jendrian ve ark., 2017 ve Rosenberg ve ark., 2013).

Kansere ve yapılan ameliyat türüne göre beden imajındaki değişimi inceleyen birçok çalışma vardır. Koçan ve Gürsoy'un mastektomi sonrası beden imajını inceledikleri nitel çalışmada bazı katılımcılar; görünüşünün bozulduğunu, utandığı için göğsünü kapatmaya çalıştığını, kendisini yarım hissettiğini, günlük işlerini ve görevlerini yerine getiremediği için kendisini kötü hissettiğini ve insanların bakışından kaçmak için bol kıyafetleri tercih ettiğini ifade etmişlerdir (Koçan ve Gürsoy, 2016). Anagnostopoulos ve Myrghianni'nin (2009) mastektomi ve MKC geçiren kadınlardaki beden imajının karşılaştırıldığı çalışmada, mastektomi geçiren kadınların daha az çekici ve özgüvensiz hissettikleri, genel görünümlemlerinden hoşlanmadıkları ve insanlarla temastan kaçındıkları saptanmıştır. Fang ve arkadaşlarının (2013) inceledikleri 12 çalışmada ise, meme rekonstrüksiyonu ve MKC geçiren kadınlarda beden imajının parçası olan beden imgesinde farklılık saptanmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda meme rekonstrüksiyonu (Fang ve ark., 2013) ve MKC yapılan kadınların (Jendrian ve ark, 2017) mastektomi yapılanlara göre, beden imajı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Fang ve ark., 2013 ve Jendrian ve ark., 2017). Fobair ve ark.(2006) etnik çeşitliliği olan bir toplumda, 22-50 yaş arasındaki mastektomi yapılan 549 genç kadında beden imajı ve seksüel problem yaşanma durumunu incelemiştir. Bu çalışmaya göre araştırmaya katılan kadınların yarısında beden imajıyla ilgili problem yaşandığı saptanmıştır. Cinsel yönden aktif kadınlar mastektomi, kemoterapiye bağlı saç kaybı, kilo alma ya da verme, düşük benlik saygısı ve partnerin anlayışsızlığı nedeniyle beden imajında problemler yaşamışlardır (Fobair ve ark., 2006).

1.3.7.2. Yaşam Kalitesinde Değişiklik

Yaşam kalitesi kişinin içinde bulunduğu sosyokültürel ortamda kendi sağlığını algılayış biçimini ifade etmekte ve fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi boyutlardan oluşmaktadır (Garratt ve ark., 2002) Bu boyutlardan birindeki artma ve azalma kişinin yaşam kalitesini değiştirmektedir. Kanseri tanısı ve tedavisi yaşam

kalitesini etkileyebilen zorlu süreçlerdir. İyi tedavi şartının sağlanması, sosyal destek, aile ve sosyal ilişkiler, tedavinin üzerinden uzun süre geçmesi yaşam kalitesini daha pozitif etkilerken, hastalığın evresi, genç yaş ve kemoterapi, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (akt. Jendrian ve ark., 2017). Kadınların mastektomi sonrası özellikle beden imajlarındaki bozulma nedeniyle, yaşam kaliteleri daha çok etkilenmektedir (Fang ve ark., 2013). Bozulan beden imajını yükseltmek için özellikle genç hastalar meme rekonstrüksiyonunu tercih edebilmektedir. Sağlık profesyonelleri yaşam kalitesini etkileyen faktörlere uygun girişimlerde bulunarak, meme kanseri hastasının yaşam kalitesini değiştirebilir. Bu nedenle hemşirelerin yaşam kalitesini yükseltmede önemli sorumlulukları vardır.

Meme kanseri ve yapılan cerrahinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini inceleyen çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bloom ve ark.(2004), meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim geçiren 50 yaşın altındaki genç hastalarda yaşam kalitesini araştırmışlardır. Bu çalışmada cerrahiden 5 yıl sonra kadınların sadece % 10'u genel sağlık durumlarının kötüye gittiği belirtilmiştir. Beş yıllık süreçte ameliyata bağlı semptomlar, beden imajı, gelecekle ilgili endişeler hakkında önemli gelişmeler kaydedildiği, duygusal destek ve sosyal çevrede azalma olduğu belirtilmiştir (Bloom ve ark., 2004). Ganz ve ark. (2002), benzer olarak ameliyattan sonraki süreçte yaşam kalitesindeki değişiklikleri incelemiştir. Hastaların ilk tanıdan ortalama 3.6 yıl sonra ilk durumları, tanıdan ortalama 6.5 yıl sonra da ikinci durumları incelenmiştir. Bu süreçte yaşam kalitesi ölçeğindeki fiziksel işlevsellik puanında, genel sağlıkta ve sosyal işlevsellikte istatistiksel olarak anlamlı düşüş kaydedilmiştir (Ganz ve ark, 2002).

Jendrian ve ark.'nın (2017) 124 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada meme kanseri sonrası mastektomi ve MKC yapılan kadınların yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Çalışmada anksiyete, depresyon, korku düzeyleri arasında iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmazken; MKC yapılan hastalarda beden imajı, sosyal işlevsellik, emosyonel durum ve rol işlevselliğinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır,

Akça ve ark. (2014), meme koruyucu cerrahi, mastektomi ve MRM geçiren kadınlarda yaşam kalitesini incelemiştir. Çalışmada MRM yapılan kadınların mastektomi yapılanlara göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

1.3.7.3. Aile ve Sosyal Çevre İlişkisi

Meme kanserinin tedavi sürecinde hastanın yaşadığı birçok sosyal değişiklik vardır. Aile içinde eşine ve çocuklarına yetememe, rol kaybı, beden imajındaki değişimlerle kadınlığının kaybı düşüncesi, eşine güzel görünmeme, istenmeme, aileye yük olma gibi duygular yaşanmaktadır (Hocaoğlu ve ark., 2007 ve Okanlı, 2004). Cerrahi tedavi sonrası lenf bezlerinin de alındığı durumlarda lenf ödem nedeniyle hastanın kolunu kullanması kısıtlanabilmektedir (Yıldız ve Karayurt, 2011). Özellikle ev hanımı olan kadınlarda bu durum rol değişikliği oluşturmakta, ailesine yetememe duygusu yaşanmaktadır. Çocuklu kadınlar ölüm korkusu ve çocuklarının geleceğini görememe endişesi yaşayabilmektedir (Hocaoğlu ve ark., 2007). Bu uzun süreçte hastalar iş kaybı ya da değişikliği yaşamakta ve sosyal yönden izole olmaktadır. Bu durum hastalarda depresyon, sosyal izolasyon, umutsuzluk ve tükenmişlik yaşanmasına neden olabilir. Kadınlar görünüşlerinden dolayı arkadaş çevrelerinden uzak kalmayı tercih edebilmektedir (Koçan ve ark., 2016).

Şendil (2012)'in, mastektomi geçiren kadınların evlilik ve cinsel yaşamlarını incelediği çalışmada, kadınların ameliyat öncesine göre cinsel ilişki sıklığında ve cinsel ilişkiden zevk almada azalma olduğunu belirtilmiştir. Aynı çalışmada duygusal ve sosyal yönden fark saptanmamıştır. Bu durumun kadının Türk toplumundaki kimliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Akça ve ark. (2014) çalışmasında MKC ve mastektomi sonrası postoperatif dönemde kadınların seksüel yaşamlarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır.

1.3.8. Mastektomiye Uyum

Mastektomi geçiren kadınların psikolojik uyumunun sağlanması, hastalığın kabullenilmesi ve tedaviye uyumun sağlanması açısından önemlidir. Gynllesköld'e göre memenin taşıdığı anlam; “kadınlığın en belirgin göstergesidir”, “kadının kadınlığını ve cazibesini geliştiren bir organdır”, “anneliğin beslenme ve üremenin sembolüdür”, “cinsel ilişkide önemli ve cinsel duyarlılığı olan bir organdır” olarak dört başlığa ayrılmaktadır (akt. Okanlı, 2006). Memenin toplum tarafından farklı şekillerde anlamlandırması nedeniyle mastektomiye tepkiler de farklı boyutlarda olabilir. Bu dönemde bazı kadınlar daha çok zorluk yaşarken, bazıları daha kolay uyum süreci yaşamaktadır. Kadının daha genç yaşta olması ve meme kaybının taşıdığı anlamın daha büyük olması (Okanlı, 2006), kadının uyumunu etkileyebilen önemli faktörlerdir. Bu nedenle ileri yaşlardaki kadınlar, psikolojik olarak mastektomiye daha iyi uyum sağlayabilir (Özkan ve Alçalar, 2009).

Mastektomi sonrası iyi bir uyumun sağlanabilmesi için hemşirelik bakımının içeriğinde, kadınlar ameliyat öncesi dönemden başlayarak psikolojik olarak hazırlanmalıdır. Başarılı bir baş etme süreci hastalığın kabullenilmesi ve uyum sağlanmasıyla başlar. Bu nedenle hastaların ameliyat öncesinde durumu hakkında bilgilendirilmesi birincil ve en önemli faktördür. Özkan ve Alçalar'a (2009) göre hastanın uyum sağlayabilmesi için öncelikle durumunu anlaması, hastalıkla nasıl baş edebileceğini kararlaştırması ve mevcut durumuna anlam verebilmesi gerekmektedir. Bu dönemde kişinin kendi motivasyonu ve çevresinden aldığı destek de etkili olmaktadır. Stresli zamanlarda rahatlamayı sağlayan evrensel araçlardan biri de maneviyattır (Gümüş, 2006). Dua etme, meditasyon ve tanrının verdiği gücün etkili başa çıkma yöntemleri olduğu ifade edilmiştir (akt. Gümüş, 2006). Bu nedenle kadınlar manevi yönden de desteklenmelidir. Mastektomiye uyum için önemli olduğu düşünülen faktörlerden diğerleri ise hastanın psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek düzeyidir.

1.3.9. Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık

1.3.9.1. Sosyal Destek

Kanserin yarattığı değişikliklere ve tedaviye uyum sağlama sürecinde, destek sistemlerin varlığı önem kazanmaktadır. Bu süreçte önemli kavramlardan birisi de kişinin sosyal destek sistemlerinin varlığıdır. Sosyal destek, hayatta karşılaşılan olumsuz olaylara karşı bir tampon işlevi görmekte ve olumsuz olayların stres etkisini azaltmaktadır (Özyurt, 2007). Sosyal destek kavramı için bazı tanımlamalar yapılmıştır. Sosyal destek “başkalarından sağlanan kaynak”, “bireyin bedensel ve psikolojik bütünlüğünü koruyabileceği sürekli bir ilişkiler ağı” ya da “stres altındaki bireyin yakın çevresi tarafından verilen maddi manevi destek” olarak tanımlanmıştır (Eylen, 2002; Işıkhana, 2007; Özyurt, 2007 ve Khorshid ve Arslan, 2006). Wortman (1984) ise sosyal desteğin kavramsal çerçevesini ve metodolojisini incelediği çalışmasında, desteği altı kategoride tanımlamıştır. Bu kategorilerde sınıflandırılan destekler; bireye ilgilenildiğinin, sevildiğinin ve değer verildiğinin ifade edilmesi; inanç, yorum ve hislerinin yerinde olduğunun doğrulanması; inanç ve duyguların ifadesi için cesaretlendirilmesi; bilgi ve danışmanlık sağlanması; maddi yardım sağlanması ve içinde bulunduğu destek sistemleri hakkında bilgilendirilmesi olarak tanımlanmıştır (Wortman, 1984).

Langford ve ark. (1997) sosyal desteği; duygusal, araçsal, bilgi ve değerlendirme desteği olarak dört alt başlıkta toplamıştır. Bu dört tanım, kişiyi koruyucu ve sosyal yönden yardımcıdır. Duygusal destek, empatik bir yaklaşımla bireyin duygularını ifade edebilmesi için cesaretlendirmeyi ve direnme gücünü artırmayı amaçlamaktadır. Sevgi, anlayış, hoşlanma, kabul görme, değer verme gibi gereksinimleri kapsamaktadır. Araçsal destek, gereksinim duyduğu maddi, materyal ve araç-gereç gibi yardımları alabilmesini içermektedir. Bilgi desteği, hastalığı ve hastalığın seyriyle ilgili bilgiler vererek hastalıkla başa çıkmasını desteklemeyi

içermektedir. Değerlendirme desteği ise bireyin öz yeterliliğinin desteklenmesi ve yapabildiklerinin farkına varmasını içermektedir. Bu destek türleri, her hasta için farklı anlam ifade edebilir ve hastalar farklı tepkiler verebilir. Duygusal desteğin diğer destek türlerine göre daha önemli olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Wortman, 1984).

Kanserli hastaların destek sistemleri resmi kurum ve kuruluşların katkısıyla olan formal kaynaklar ve yakın çevrenin oluşturduğu informal kaynaklar olarak ikiye ayrılmaktadır. Sosyal destek sistemlerinden öncelikle akla gelenler eş ve çocukların oluşturduğu çekirdek aile, akrabalar, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları, sağlık personeli, sosyal hizmet kurumları vb. sistemlerdir. Bu sistemler arasında meme kanseri olan hastanın en büyük destekçisi ise eşi olarak kabul edilmektedir. Destek sistemleri yeterli olmazsa, kanser hastalarının psikolojik uyumları etkilenebilmektedir (Işıkhan, 2007). Bu nedenle sağlık ekibi, hastaların destek sistemlerinin varlığını araştırmalı, ihtiyaç duyulan konuları belirlemeli, sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler bakım kapsamına sosyal desteği dahil etmeli ve gerekli müdahalelerde bulunmalıdır.

1.3.9.1.1. Kanser ve Sosyal Destek

Meme kanseri hastalarının da stresin zararlı etkilerinden korunabilmeleri ve daha iyi baş edebilmeleri için sosyal desteklerin varlığına gereksinim duyarlar. Meme kanseri; kadınların sosyal ve günlük yaşantısında kısıtlamalara, depresyona ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Fernandes ve ark., 2014). Tedavi gören kadınlar; psikolojik, duygusal, sosyal ve cinsellik açısından daha fazla sorun yaşamakta ve bu sorunlarla baş edebilmek için daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır (Fernandes ve ark., 2014). Kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri arttığında, yaşam kaliteleri yükselmekte, stres ve depresyon düzeyleri azalmaktadır (Çalışkan ve ark., 2015 ve Fernandes ve ark., 2014). Kemoterapi ve cerrahi tedavi

kadınların beden imajının değişmesine neden olmaktadır. Özellikle bu dönemde verilen destek, hastalar için daha önemlidir. Kemoterapi uygulanan meme kanserli kadınların yaşadıkları anksiyete ve depresyon, psikososyal uyumu etkilemekte ve algıladıkları sosyal destek düzeyi azalmaktadır (Fernandes ve ark., 2014). Meme rekonstrüksiyonu yapılan kadınlar mastektomi yapılan kadınlara göre daha iyi uyum göstermekte, hasta memnuniyeti ve yaşam kaliteleri artmaktadır (Al-Ghazal ve ark., 2000). Bunun nedeni, memenin kadın için taşıdığı anlama bağlı olabilir.

Hastalar kanserin tedavi sürecinde farklı kişilerden farklı destek türlerine gereksinim duyabilmektedir. Meme kanseri olan bekâr kadınlar, daha çok aile ve arkadaşlarından destek alırken, evli kadınların en büyük destekçileri eşleridir. Fernandes ve ark. (2014) çalışmasında, evli kadınların daha iyi zihinsel sağlığının olduğu, diğer destekçilerden ziyade eşlerinden aldıkları duygusal ve araçsal desteğin, depresif semptomların görülmesini azalttığı belirtilmektedir. Bu nedenle cerrahi sonrası kişinin uyum sürecinde özellikle eş desteğinin artırılması önemli olabilir. Duygusal destek tedaviye uyum sürecini, tedavi sürecinde ve/veya sonrasında bakımla ilgili kararları etkilemektedir (Fernandes ve ark., 2014). Kadınların yakın çevrelerinden aldıkları desteğe ek olarak, destek gruplarına katılması ve duyguların yazıya dökülmesi yönteminin kullanılması da yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. Destek gruplarına katılan kadınlar, kanser ve tedavisiyle ilgili bilgi düzeyleri arttırmakta ve süreci yönetme becerisi kazanmaktadır (Fernandes ve ark., 2014). Sağlık personelinin desteği özellikle tavsiyelerde bulunurken önemlidir. Hastalar aile ve arkadaşlarından aldıkları tavsiyelerden ziyade, sağlık personelinin tavsiyelerine daha çok dikkat etmekte ve uymaktadır (Worthman, 1884). Hastalar hekimlerden alınan bilgi desteğine, hemşireler tarafından verilen duygusal desteğe ve güven desteğine daha çok önem vermektedir (Eylen, 2002).

Kanser süreci inişli çıkışlı anlardan oluşmaktadır. Tedavinin yoğunlaştığı dönemde destek ihtiyacı artarken, ilerleyen zamanlarda meme kanserli hastaların aldığı sosyal destek azalabilmektedir. Fernandes ve ark. (2014) göre bu azalma

destek sağlayan kişinin zamanla yaşadığı tüklenmişlikten, kadınların sürece uyum sağlamaları nedeniyle algılanan destek ihtiyacının azalmasından ya da verilen desteğin hastanın algılarına göre yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Kanser tedavi sürecinde hastalar güven desteğini en çok sağlık personelinde almaktadır (Özyurt, 2015). Bu nedenle hemşireler mastektomi yapılan kadınların destek ihtiyacını belirlemelidir. Özyurt (2007) ve Özkaraman ve ark (2015) yaptıkları çalışmalarında hemşirelerden alınan desteği oldukça düşük bulmuştur. Hastalarla daha uzun süre iletişim kurma olanağı olan hemşireler hastalara, hekimlerden ve diğer destekleyicilerden daha az destek vermektedir (Özyurt, 2007 ve Özkaraman ve ark., 2015) Bu noktada hemşirelerin sosyal destek sistemlerini harekete geçirmelerinin önemi daha da artmaktadır. Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat verilmeli, hastanın duygularını ve hastalık sürecini paylaşabileceği destek gruplarına yönlendirmeler yapılmalıdır. Hastaların aile içindeki ilk destekçisi olan eşlerin, bu süreçte stres ve anksiyete yaşadıkları ve sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Gürsoy ve ark., 2017). Hemşirelerin tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında hem meme kanseri olan kadına hem de ailesine destek sistemlerini açıklaması önemlidir.

1.3.9.2. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık kişinin yaşamındaki travmatik olaylara karşı gösterdiği tepki olarak belirtilmektedir (Karairmak, 2010). Psikolojik dayanıklılık kavramı ile ilgili literatürde tam bir tanım olmamakla birlikte kişinin karşılaştığı zorlukları içeren risk faktörleri ve bireysel ya da çevresel koruyucu faktörlerin etkisiyle bireyin uyum sağlama sürecinden söz edilmektedir (Arslan, 2015; Karairmak 2006; Karairmak, 2010 ve Hermann ve ark., 2011).

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen risk faktörleri; bireyin yaşantısını değiştiren olumsuz etmenlerdir. Savaş, yoksulluk, travma, cinsel taciz, boşanma, kronik hastalıklar, AIDS, kanser vb. durumlar kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilen ve bireyin bu zorluklara uyum sağlamasını gerektiren risk faktörleridir (Hermann ve ark., 2011). Olumsuz etkiye hafifleten koruyucu faktörler, bireyin başa çıkmasında etkili olan karşılaşılan zorlukların etkisini azaltan ya da ortadan kaldıran faktörlerdir (Arslan, 2015). Koruyucu faktörlerin içerisinde de bireyin kişisel özellikleri ve çevresel etmenler olarak iki durumdan söz edilmektedir.

Kanser hastası olan iki bireyin uyum sürecine gösterdikleri tepkiler farklı olabilmektedir. Bu durumda kişinin bireysel ya da çevresel olarak farklı koruyucu faktörlerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bireysel koruyucu faktörler, kişilik özelliklerinden gelen özgüven, olumlu bakış açısı, benlik saygısı, yüksek sosyal beceriler, öz denetim, iç denetim odağı, umut, açıklık, dışa dönüklük vb. olarak sınıflandırılırken, çevresel koruyucu faktörler kişinin daha önce yaşadığı deneyimler, sosyal çevresinin varlığı, toplumsal ve kültürel faktörler, maneviyat ve destek sistemleridir (Gheshlagh ve ark., 2016, Hermann ve ark., 2011; Kararımak, 2006). Psikolojik dayanıklılığı etkileyen bir ya da birden fazla risk faktörü olabilirken, aynı şekilde koruyucu faktörler de birden fazla olabilir. Bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyi değişken bir süreç olup bireysel, sosyal ve ailesel faktörlerin etkisiyle zamanla artış ya da azalma gösterebilmektedir (Arslan, 2015).

1.3.9.2.1. Kanser ve Psikolojik Dayanıklılık

Kanser hastaları sıklıkla depresyon, anksiyete, korku, umutsuzluk yaşamakta bu durumlar yaşam kalitelerini etkilemektedir. Psikolojik dayanıklılık bu zorlu

süreçlere pozitif yönde katkı sağlamakta ve uyumu kolaylaştırmaktadır. Yaşanan zorlu süreçler, hastalıkla baş etmeyi etkileyebilen ve uyum sürecini zorlaştıran faktörlerdir. Bu nedenle bu faktörler, psikolojik dayanıklılık düzeyini olumsuz etkileyebilen risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bireyin bu döneme uyumunu kolaylaştıran faktörler ise bireyin kişisel özelliklerinden gelen pozitif benlik saygısı, özgüven, iyi iletişim becerileri gibi pozitif kişisel özellikler ve aile, arkadaş çevresi ve sağlık kurumları aracılığıyla verilen destek sistemlerdir.

Kanser ve psikolojik dayanıklılıkla ilgili literatürde çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılık düzeyi sosyal destek, yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyi ile pozitif yönde, umutsuzluk, yorgunluk ve emosyonel stres ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Min ve ark., 2013; Matzka ve ark., 2016 ve Somasundaram ve Devamani, 2016).

Kanser hastalarında yaşın ilerlemesiyle birlikte daha az emosyonel stres yaşanmakta ve psikolojik dayanıklılık düzeyi artmaktadır. Aynı zamanda fiziksel olarak daha aktif bireylerin daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahiptir (Martzka ve ark., 2016). Metastatik kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık, emosyonel stresten koruyucu bir faktör olarak bulunmuştur (Min ve ark., 2013). Palyatif ve küratif tedavinin karşılaştırıldığı çalışmada, küratif tedavi gören kanser hastalarında, psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek düzeylerinin daha fazla, umutsuzluk düzeylerinin palyatif tedavi gören gruba göre daha az olduğu saptanmıştır (Somasundaram ve Devamani, 2016). Markovitz ve ark. (2015) göre psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler olumsuz durumlarla karşılaşmaktadır fakat daha güçlü bir yapıya sahip oldukları için olumsuz durumların etkileriyle daha iyi baş edebilmektedir.

Dubey ve ark. (2015) kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve yetersiz destekleyici bakım arasındaki ilişkisini inceledikleri çalışmada, kanser hastalarının

psikolojik dayanıklılık düzeyi normal popülasyona göre düşük bulmuştur. Markovitz ve ark. (2015) psikolojik dayanıklılığın yaşanan zorluklardan sonra duygusal tepki için önemli olduğunu ve daha iyi psikolojik dayanıklılığı olan bireylerin psikolojik işlevleri sürdürebilmek için daha donanımlı olabileceğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek bireyler, olumsuz yaşantılara karşı daha pozitif bir süreç geçirmektedir.

Markovitz ve ark. (2015) göre yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyinin koruyucu rolü vardır ve kanser hastalarını depresyon, anksiyete gibi psikolojik semptomların ortaya çıkmasından korumaktadır. Ayrıca psikolojik dayanıklılık, bireyin yaşanan zorluklara karşı mevcut iyilik halini üst düzeyde tutmasını sağlamaktadır. Psikolojik dayanıklılık ve duygusal iyilik arasındaki ilişki, kanser olmayan gruba göre daha yüksektir ve psikolojik dayanıklılık duygusal sıkıntının patolojik etkilerine karşı koruyucudur (Markovitz ve ark., 2015).

Psikolojik dayanıklılık, risk faktörlerine karşı koruyucu faktörlerin devreye girerek uyum sürecini güçlendirmesidir. Bu durumda meme kanseri kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyinin değerlendirilmesi, desteğe olan ihtiyacı belirlemede önemli bir faktördür. Hemşirelerin bu aşamadaki rolü önemlidir. Kliniklerde diğer sağlık personeline göre hastalar ile daha uzun süre iletişim kurma olanağı olan hemşirelerin, kadının desteğe olan ihtiyacı belirlemede önemli rolü vardır. Hemşireler mastektomi sonrası dönemde özellikle bilgi desteği sağlayarak ayrıca emosyonel destek vererek ve destek sistemlerini harekete geçirerek kadınların kanserle baş etmesine ve meme kaybına uyum sağlamasına yardımcı olabilir. Hemşirelerin özellikle düşük düzeyde psikolojik dayanıklılığı olan kadınları; baş etme stratejilerinin öğretilmesi, problem çözme becerilerinin kazandırılması, duygularını ifade etmek için desteklenmesi, aile ve sosyal çevrenin desteğinin yönlendirmelerle desteklenmesi ve artırılması, grup terapilerine yönlendirilmesi kişiyi güçlendirecek ve olumsuz durumların etkilerinden koruyacaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı kesitsel niteliktedir.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Kanser hastası ve mastektomi ameliyatı olan hastalara ulaşmak için araştırmanın Ankara'da bulunan bir üniversite ve bir devlet hastanesinde yürütülmesi planlandı. Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde yürütülmüştür.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi ikinci katta faaliyet göstermektedir. Gündüz 8-16 mesaisinde ortalama iki hemşire, gece 16-08 mesaisinde bir hemşire ayrıca 24 saat süresince bir hekim görev almaktadır. Genel Cerrahi Servisi 13 oda ve 26 yatak kapasitelidir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi üç katta toplam yedi bloktan oluşmaktadır. Yedi blokta yerleşimi olan Genel Cerrahi servisleri toplam 65 oda ve 114 yatak kapasitesine sahiptir. Genel cerrahi servislerinde gündüz 08-16 mesaisinde bir, gece 16-08 mesaisinde bir hemşire ve gece mesaisinde tüm genel cerrahi servisine bakan bir hekim görev almaktadır.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi üçüncü ve dördüncü katta hizmet vermektedir. Servisler cinsiyete göre ayrılmıştır ve kadın hastalar A blokta yatmaktadır. Genel cerrahi kadın servislerinde gündüz 8-16 mesaisinde iki ya da üç hemşire, gece 16-08 mesaisinde bir hemşire görev almaktadır. Genel cerrahi servislerinin her katında gece mesaisinde birer hekim bulunmaktadır. Kadın servisleri toplam 14 oda ve 36 yatak kapasitelidir. Genel cerrahi kliniklerinde en çok meme operasyonları yapılmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, genel cerrahi kliniklerinde Kasım 2016- Mayıs 2017 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle mastektomi yapılan tüm kadınlar oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip belirtilen tarihlerde seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar tam sayım yapılarak araştırma kapsamına alındı. Önceki yıllarda meme kanserine bağlı cerrahi yapılan hasta sayısı göz önüne alınarak, güç analizine göre % 90 güven aralığı doğrultusunda 176 hastanın araştırmaya dâhil edilmesi planlandı.

Hastaların araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- Kadın olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Meme kanseri tanısı almış olması,
- Mastektomi operasyonu geçirmiş olması,
- 18 ve üzeri yaşta olması,
- TC vatandaşı olması,
- Türkçe konuşabilmesi ve anlayabilmesi,
- Anketin doldurulmasını önleyen nörolojik ya da psikiyatrik bir tanısının olmaması

2.4. Araştırma Soruları

Mastektomi yapılan kadınların;

- Demografik ve hastalığa ilişkin veriler ile sosyal destek ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark var mıdır?
- Demografik ve hastalığa ilişkin veriler ile psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark var mıdır?
- Sosyal destek ölçeği puan ortalamaları ile psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalamaları arasında ilişki var mı?

2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Meme kanseri tanısı, mastektomi yapılması, sosyal destek düzeyi, psikolojik dayanıklılık düzeyi

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi

2.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 28 Kasım 2016 ve 30 Mayıs 2017 tarihleri arasında toplandı. Veriler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesine haftada üç gün (Pazartesi, Çarşamba, Cumartesi), 08:00-18:00 saatleri arasında gidilerek toplandı.

Araştırmaya katılan bireylerden yazılı ve sözlü onam alındı. Anket formunda yer alan hastayla ilişkili sorular hastaya doğrudan sorularak, hastalığa ilişkin bilgiler ise araştırmacı tarafından hasta dosyasından öğrenilerek kaydedildi. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile ve bir hasta için ortalama 30 dakikalık görüşme ile yapıldı. Veriler ameliyat sonrası dönemde 3.-10. günler arasında, taburcu olmadan hemen önce toplandı.

Ameliyat sonrası erken dönemde anketlerin uygulanması; ameliyatın fizyolojik etkileri azaldıktan sonra hastanın mevcut durumuyla ve meme kaybıyla yüzleşeceği ilk zaman olması ve ameliyat sonrası dönemdeki diğer uygulamaların (kemoterapi ve radyoterapi) da sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyini etkileme olasılığı nedeniyledir. Bu evredeki sosyal desteğin psikolojik dayanıklılığı daha çok etkileyebileceği düşünülmektedir.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada üç farklı veri toplama formu kullanılmıştır. Bunlar, Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu, Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ) ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISC-25) dir.

Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu: Bu formda hastayla ilgili yaş, medeni durum, beden kitle indeksi, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kronik hastalık durumu, soygeçmişinde kanser ve meme kanseri görülme durumu gibi sosyo-demografik özellikler yer aldı. Hastalık durumuyla ilgili kanser tanı zamanı, kanserin tipi, kanser evresi, tümörün yerleşim yeri, ameliyat öncesinde kemoterapi yada radyoterapi alma durumu ve süresi, kemoterapi aldıysa kür sayısı, yapılan ameliyatın türü (modifiye radikal mastektomi ya da mastektomi) ile ilgili hastanın mevcut hastalık durumunu tanımlayıcı sorular yer almaktadır (Ek-1).

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ): Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği, kanser hastalarının anlayabileceği, 5’li likert tipi, kısa sürede uygulanabilen, kanser hastalarının ailelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyini ölçen bir ölçektir. Ölçek 22 olumlu, 13 olumsuz (5, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33) toplam 35 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçek maddeleri (5) “benim durumuma çok uygun”, (4) “benim durumuma uygun”,(3)”benim durumuma kısmen uyuyor”, (2) “benim durumuma uygun değil”, (1) “benim durumuma hiç uygun değil” seçeneklerini içermektedir (Ek-2). Verilen yanıtlar olumlu maddelerde 5’den 1’e, olumsuz maddelerde ise 1’den 5’e doğru puan verilerek kodlanmaktadır. Algılanan sosyal destek puanı, olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerden alınan puanların ters çevrilip toplanması ile elde edilen puanın toplamına eşittir. Ölçekten en az 35, en fazla 175 puan alınabilir. Ölçeğin toplam puanı kesme değerleri yoktur. Ölçekten alınan yüksek puan kanser hastasının ailesinden aldığı sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçek hastaların algıladıkları güven desteğini, duygusal desteği ve bilgi desteğini ölçen üç alt boyuta ayrılmıştır. Birinci faktör olan “güven desteği” alt ölçeği 13 maddeden (1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 17, 19, 24, 34, 35; min: 13, max: 65 puan) oluşmaktadır. İkinci faktör olan “duygusal destek” alt ölçeği 12 maddeden (2, 9, 13, 15, 16, 18, 20, 23, 26, 27, 28, 33; min: 12, max: 60 puan) oluşmaktadır. Üçüncü faktör olan “bilgi desteği” alt ölçeği ise 10 maddeden (4, 5, 14, 21, 22, 25, 29, 30, 31, 32; min: 10, max: 50 puan) oluşmaktadır. Ölçek Eylen (2002) tarafından kanser hastalarının sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Eylen, 2002). Anketin araştırmada kullanılabilmesi için Eylen’den mail yoluyla kullanım izni alınmıştır (Ek- 3).

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISC-25): Ölçek 25 sorudan oluşmakta ve hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmektedir. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC-25) ölçeği 5’li likert tipindedir. Her madde hiç doğru değil (0 puan) ve neredeyse her zaman doğru (4 puan) olmak üzere 0-4 puan arasında değerlendirilen beş puanlık bir ölçektir (Ek-4). Her bir madde için minimum alınacak puan sıfır, maksimum alınabilecek dördtür ve toplam maksimum puan 100’dür. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği’nin de kesme değeri yoktur, puan arttıkça psikolojik dayanıklılık artmaktadır. Orjinal ölçeğin faktör yapısı kişisel yetkinlik ve yüksek standartlarda azim (birinci faktör), özgüven, negatif etkilere tolerans (ikinci faktör), strese karşı güçlü duruş, değişiklikler karşısında olumlu bakış açısı, başkaları ile güvenli ilişkiler (üçüncü faktör), otokontrol (dördüncü faktör), manevi etkiler (beşinci faktör) olmak üzere beş alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak hesaplanmıştır (Connor ve Davidson, 2003).

Ölçeğin 2010 yılında orijinal yazarlarından izin alınarak Kararırmak tarafından Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri araştırılmıştır. Türkçe formunun psikometrik nitelikleri ve klinik ortamlarda kullanılabilir olduğu

Kararırmak (2010) tarafından ortaya konmuştur. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik araştırması ile Türk kültüründe değerlendirilmiştir. Kararırmak (2010) tarafından travmalı gruba uygulanan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır (Kararırmak, 2010). Ölçeğin faktör yapısı incelenmiş, azim ve kişisel yetkinlik, negatif olgulara tolerans, manevi eğilim olmak üzere üç alt faktörlü yapı belirlenmiştir. Türk kültürü için uyarlanan faktör yapısına göre azim ve kişisel yetkinlik (madde 1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25), negatif olaylara tolerans (madde 4, 6, 7, 8, 13, 14) ve manevi eğilim (madde 2, 3, 9, 20) olarak belirlenen alt faktörlerle psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ölçülmesinde geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Meme kanseri nedeniyle mastektomi yapılan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeylerini incelemek amacıyla anketin orijinal sahibinden mail yoluyla ve telif hakkı ödenerek izin alınmıştır. Ayrıca anket formunun çoğaltılmayacağı, başka bir araştırmada kullanılmayacağına dair araştırmacı tarafından onam imzalanmıştır (EK- 5).

Literatürde, “resilience” kavramının Türkçe’si, “psikolojik sağlamlık” (Gizir ve Aydın, 2006 ve Kararırmak, 2006), “dayanıklılık” (Taşgın ve Çetin, 2006), “kendini toparlama gücü” (Terzi, 2006) olarak kullanılmıştır. Literatürdeki bu kullanım çeşitliğini tek boyutta birleştirmek amacıyla Basım ve Çetin (2011) yaptıkları çalışma öncesinde uzmanlara geliştirdikleri psikolojik dayanıklılık anketi uygulamış ve önerilerini değerlendirmiştir. Bu değerlendirme için psikoloji ve psikiyatri alanında uzman 23 doçent ve profesöre “resilience” kavramına uygun başlık sorulmuştur. İngilizce’de “resilience” olarak tanımlanan kavramı Türkçe karşılığının “psikolojik dayanıklılık” olduğuna karar verilmiştir. Bu nedenle çalışmamızda “resilience” kavramı “psikolojik dayanıklılık” olarak kullanılmıştır.

2.8. Uygulama

Çalışmanın yapıldığı zaman aralığında 201 kişiye ulaşıldı. Ulaşılan bireylerden psikiyatrik bir hastalığı olan ve aktif ilaç kullanan 15 kişi çalışmaya alınmadı. İki hasta duyma problemi olması nedeniyle ve üç hasta da Türkçe bilmemesi nedeniyle çalışmaya alınmadı. Araştırmaya katılmayı beş hasta reddetti. Çalışma mastektomi yapılan toplam 176 hastaya uygulandı.

2.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS for Windows 21 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma, nominal değişkenler ise vaka sayısı ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. İki grup karşılaştırmalarında normal dağılım ve homojenlik sağlandığı durumlarda Student *t* testi, dağılımın normal olmadığı ve homojenliğin sağlanmadığı durumlarda Mann Whitney-U testi; üç grup karşılaştırmalarında dağılımın normal ve varyansların homojen olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analiziyle incelendi. Sonuçlar $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

2.10. Etik İlkeler

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 10.10.2016 tarih ve 15-772-16 sayılı karar numarası ile izin alındı (Ek-6). Çalışmanın yapıldığı Ankara Üniversitesi İbni Sina Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan İbni Sina ve

Cebeci Hastaneleri Genel Cerrahi servislerinde çalışmanın yürütülebilmesi için 14.12.2016 tarihinde 96487027-302.01.08-E.30349 sayılı kurum izni alınmıştır (Ek-7). Çalışmanın Yapıldığı Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan 17.11.2017 tarihinde izin alınmıştır (Ek-8) .

Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra “Anket Bilgilendirme Metni” okutularak etik ilke koşulu yerine getirildi. Sorulara verilecek cevapların gönüllülük esasına dayandığı vurgulandı, yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamları alındı (Ek-9).

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ankara’da üç hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle çalışmanın sonuçları Türkiye için genellenemez. Araştırma sadece çalışmanın yapıldığı hastanelerde, üzerinde çalışılan gruba genellenebilir.

Bu çalışma mastektomi yapılan hastaların ameliyat sonrası psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek düzeylerini belirlemektedir. Ameliyat öncesi ve diğer tedavi süreçlerindeki psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek değerlendirmesini kapsamamaktadır.

3. BULGULAR

Bulgular dört bölüm halinde düzenlendi. Birinci bölümde hasta ve hastalığa ilişkin tanımlayıcı veriler, ikinci bölümde Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği puanlarına ilişkin veriler, üçüncü bölümde Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarına ilişkin veriler ve dördüncü bölümde Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği puanlarının, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanları ile ilişkisine yönelik veriler sunuldu.

3.1. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Veriler

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri Çizelge 3.1’de verildi. Araştırmaya toplam 176 hasta dâhil edildi. Hastaların ortalama yaşı $53,76 \pm 11,20$ (min: 29, max: 82) idi. Hastaların % 10,8’i (n=19) 40 yaşın altında, % 27,8’i 40-49 yaş aralığında ve % 8’i (n=8) 70 ve üzeri yaş aralığındadır.

Hastaların % 80,7’si (n=142) evli idi. Hastaların % 50’sinin (n=88) ilkokul mezunu ve % 19,3’ünün (n=34) okuryazar olmadığı belirlendi. Eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde hastaların eğitim düzeyinin düşük olduğu saptandı. Gelir düzeyine bakıldığında % 67’sinin (n=118) gelirinin giderine eşit, % 14,2’sinin (n=25) gelirinin giderinden az olduğu belirlendi. Hastaların % 49,4’ü Ankara dışındaki çevre illerde ikamet etmektedir. Hastaların % 38,6’sının (n=68) kronik bir hastalığı varken, kronik hastalık grubunda tür olarak % 21,6’sında (n=38) hipertansiyon olduğu belirlendi. Hastaların % 67,6’sının (n=119) beden kitle indeksi 25’in üzerindeydi ve % 15,9’u (n=28) sigara kullanmaktadır.

Soy geçmişinde kanser öyküsü incelendiğinde kadınların % 51,7'sinin (n=91) ailesinde kanser görüldüğü, % 25,6'sında (n=45) ise meme kanseri görüldüğü belirlendi. Daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirmiş olma durumu incelendiğinde % 5,1'inde (n=9) şuan devam etmeyen fakat geçirilmiş psikiyatrik hastalığı olduğu saptandı. Psikiyatrik hastalık olarak, hastaların depresyon geçirdiği belirlendi.

Çizelge 3.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (N=176)

Tanımlayıcı Özellik	n	%	Tanımlayıcı Özellik	n	%
Yaş (min: 29, max: 82 ort: 53,76±11,20)			Eğitim Durumu		
< 40	19	10,8	Okur Yazar Değil	34	19,3
40-49	49	27,8	İlköğretim	88	50
50-59	48	27,3	Ortaöğretim	16	9,1
60-69	46	26,1	Lise	23	13,1
> 70	14	8	Üniversite	10	5,7
			Lisansüstü	5	2,8
Medeni Durum			Kronik Hastalık		
Evli	142	80,7	Var	68	38,6
Bekâr	34	19,3	Yok	108	61,4
BKİ			Kronik Hastalık Türü		
< 18	1	0,6	Diyabet	3	1,7
19-25	56	31,8	Hipertansiyon	38	21,6
26-30	71	40,3	DM+HT	20	11,4
>30	48	27,3	Diğer	6	3,4
Gelir Düzeyi			Geçirilmiş Psikiyatrik Hastalık		
Gelir Giderden Az	25	14,2	Var	9	5,1
Gelir Gidere Eşit	118	67	Yok	167	94,9
Gelir Giderden Fazla	33	18,8			
Yaşanılan Yer			Sigara Kullanımı		
Ankara	89	50,6	Var	28	15,9
İl Dışı	87	49,4	Yok	148	84,1
Soy geçmiş Kanser Öyküsü			Soy geçmişte Meme CA		
Var	91	51,7	Var	45	25,6
Yok	85	48,3	Yok	131	74,4

Hastaların kanser öykülerine ilişkin tanımlayıcı veriler Çizelge 3.2'de verildi. Bu verilere göre hastaların % 97,7'sinde (n=172) invaziv karsinom, % 1,7'sinde (n=3) noninvaziv karsinom ve % 0,6'sında (n=1) paget hastalığı olduğu saptandı. İnvaziv karsinom grubunda histopatolojik tür olarak 5 lobüler, 4 müsinöz, 1

inflatuar, 1 papiller, 1 metaplastik karsinom belirlenmiş olup, diğerlerinin türünün invaziv duktal karsinom ile uyumlu olduğu biyopsi raporlarında belirtilmekteydi.

Yerleşim yerine göre tümörlerin %49,4'ü (n=87) sol memede, % 48,3'ü (n=85) sağ memede, % 2,3'ü (n=4) ise her iki memede görüldüğü olduğu belirlendi. Tümörün memedeki lokalizasyonu incelendiğinde, genellikle % 39,8'inin (n=70) üst dış kadranda ve %18,2'sinin (n=32) üst iç kadranda yerleşim yaptığı tespit edildi.

Kanserin ilk nasıl fark edildiği ve hastaneye başvuru nedenleri sorulduğunda % 47,7'sinin (n=84) memede ele gelen kitle, % 23,9'unun (n=42) memede şekil değişikliği olması [(meme ucundan kan gelmesi, n=7), (memede büyüme, n= 29), (meme ucunda çökme, n=6)] nedeniyle ve % 9,1'inin (n=16) KETEM taraması sonrasında başvurduğu belirlendi. Kadınların % 26,1'i (n=46) düzenli meme taramaları yaptırdığını ifade etti.

Hastalara ameliyat öncesinde kemoterapi ya da radyoterapi alıp almadıkları soruldu. Kadınların % 14,2'sinin (n=25) ameliyat öncesinde kemoterapi tedavisi aldığı belirlendi. Alınan kür sayısı incelendiğinde ortalama 14 kür (min:4, max:16) kemoterapi alındığı saptandı. Kemoterapi alan hastaların son kürü aldıktan ortalama $21,67 \pm 9,15$ gün sonra ameliyat olduğu belirlendi.

Yapılan ameliyat türü incelendiğinde hastaların % 46'sına (n= 81) basit mastektomi, % 54'üne (n=95) modifiye radikal mastektomi yapıldığı saptandı.

Çizelge 3.2. Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Veriler

Özellik	n	%	Özellik	n	%
Kanser Türü			Tümör Yerleşim Yeri		
İnvaziv Karsinoma	172	97,7	Sağ Meme	85	48,3
Noninvaziv Karsinoma	3	1,7	Sol Meme	87	49,4
Paget Hastalığı	1	0,6	Bilateral	4	2,3
Tümör Lokalizasyonu			Kanser Nasıl Farkedildi?		
Üst Dış Kadran	70	39,8	Ele Gelen Kitle	84	47,7
Üst İç Kadran	32	18,2	Memede Şekil Bozukluğu ve Akıntı	42	23,9
Alt Dış Kadran	24	13,6	KETEM Taraması	16	9,1
Alt İç Kadran	6	3,4	Düzenli Kontrol	11	6,3
Areola	22	12,5	Muayene	23	13,1
Belirlenemeyen	22	12,4			
Yapılan Ameliyat Şekli					
Basit Mastektomi	81	46			
Modifiye Radikal Mastektomi	95	54			
Düzenli Kontrole Götme Durumu			Kemoterapi Alma Durumu		
Evet	46	26,1	Evet	25	14,2
Hayır	130	73,9	Hayır	151	85,8

3.2. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler

Meme kanseri olup mastektomi yapılan kadınların, sosyal destek ölçeği puan ortalamaları $149,59 \pm 18,29$ olarak bulundu. Eylon (2003)'in çalışmasına göre ölçek güven desteği (maksimum alınacak puan 65), duygusal destek (maksimum alınacak puan 60) ve bilgi desteği (maksimum alınacak puan 50) olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 175'tir. Mastektomi yapılan meme kanseri hastalarının güven desteği puan ortalaması $57,39 \pm 7,77$, duygusal destek puan ortalaması $51,22 \pm 6,50$, bilgi desteği puan ortalaması $40,96 \pm 6,82$ olarak hesaplandı (Çizelge 3.3). Ölçeğin Eylon (2003) tarafından yapılan orijinal çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplandı.

Çizelge 3.3. Sosyal Destek Düzeyi Puan Ortalamaları (N=176)

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği	min-max	$\bar{x} \pm SS$
Sosyal Destek	82-175	149,59±18,29
Güven Desteği	29-65	57,39±7,77
Duygusal Destek	24-60	51,22±6,50
Bilgi Desteği	21-50	40,96±6,82

KHSDÖ'den alınan puan ortalamaları (149,59) göz önünde bulundurularak bu ortalamanın (149,59) bir standart sapma (18,29) üstü puan alanların sosyal destekleri yüksek, bir standart sapma (18,29) altı puan alanların sosyal destekleri düşük olarak belirlendi. Buna göre kadınların %14,8'inin (n=26) yüksek, %68,8'inin (n=121) orta ve %16,4'ünün (n=29) düşük sosyal destek düzeyi olduğu saptandı.

Çizelge 3.4'te hastaların tanımlayıcı verileri ile sosyal destek düzeyi ve alt boyutları arasındaki puanlar karşılaştırıldı.

KHSDÖ puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi ile incelendi. Yaş grupları ile KHSDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). Sosyal destek ölçeği alt boyutları olan duygusal destek ve güven desteği ile yaş grupları arasında fark saptanmadı ($p > 0.05$) fakat güven desteği ve yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardı ($p < 0,05$). Altmış yaş ve üzeri bireylerin puan ortalamaları diğer gruplara göre istatistiksel olarak düşük bulundu. KHSDÖ puanlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi. Evli ve bekâr olan grup ile KHSDÖ ve alt boyutlarının puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Geliri giderinden az olanların sosyal destek ölçeği puanı 142,04±17,69, geliri giderine eşit olanların 151,69±17,96 ve geliri giderinden az olanların 147,78±18,77

idi. KHSDÖ puanlarının gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi ile incelendi. Yapılan incelemede gelir durumu ile KHSDÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık vardı ($p<0,05$). Gelir durumu ile KHSDÖ alt boyutlarından güven desteği arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Geliri giderinden az olanların diğer gruplara göre sosyal destek ve güven desteği puanları daha düşük bulundu ($p<0,05$).

Okuryazar olmayan kadınların sosyal destek puan ortalaması $141,35\pm 17,29$, ilk ve ortaokul mezunlarının $150,98\pm 16,87$, lise ve üzeri eğitimi olanların $153,5\pm 18,29$ 'dur. KHSDÖ puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi ile incelendi. Yapılan incelemede eğitim düzeyi ile KHSDÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Eğitim düzeyi ile KHSDÖ alt boyutlarından güven ve duygusal destek düzeyi arasında anlamlı farklılık varken ($p<0,05$), bilgi desteği düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Okuryazar olmayan grubun ölçek puan ortalamaları daha düşük bulundu ($p<0,05$).

Ankara'da yaşayan kadınların sosyal destek düzeyi $151,15\pm 18,79$, Ankara dışında yaşayanların $147,98\pm 17,74$ idi. KHSDÖ puanlarının kadınların yaşadığı yere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi. Ankara da yaşayan kadınlar ile şehir dışında yaşayan kadınların KHSDÖ ve alt boyutlarının puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Soy geçmişinde meme kanseri olan kadınların sosyal destek puanı $149,22\pm 13,51$, ailede meme kanseri olmayan kadınların $149,71\pm 19,72$ idi. KHSDÖ puanlarının, kadınların soy geçmişinde meme kanseri olup olmasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile incelendi. Yapılan incelemede soy geçmişinde meme kanseri olan kadınlar ile olmayan kadınların KHSDÖ puanları anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 3.4. Tanımlayıcı Veriler ve Sosyal Destek Düzeyi*

Tanımlayıcı Özellikler	N	Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları			KHSDÖ Toplam
		Güven Desteği	Duygusal Destek	Bilgi Desteği	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş					
29-44	37	58,67±7,68	52,10±6,63	40,56±7,25	151,35±19,15
44-60	86	58,20±7,05	51,58±6,77	41,15±6,83	150,94±18,34
>60	53	55,18±7,92	50,03±5,88	40,94±6,61	146,16±17,48
Değerlendirme		F=3,37 p=0,036	F=1,35 p=0,26	F=0,094 p=0,91	F=1,33 p=0,26
Medeni Durum					
Evli	142	57,80±7,05	51,51±6,39	40,76±6,93	150,08±17,79
Bekâr	34	55,70±9,31	50,02±6,89	41,79±6,35	147,52±20,43
Değerlendirme		t=1,45 p=0,14	t=1,19 p=0,23	t=-0,78 p=0,43	t=0,73 p=0,46
Gelir Durumu					
Gelir Giderden Az	25	53,04±6,72	48,92±5,93	40,08±7,27	142,04±17,69
Gelir Gidere Eşit	118	58,24±7,34	51,94±6,66	41,50±6,59	151,69±17,96
Gelir Giderden Fazla	33	57,66±7,95	50,42±5,97	39,69±7,24	147,78±18,77
Değerlendirme		F=5,15 p=0,007	F=2,58* p=0,07	F=1,15 p=0,31	F=3,14 p=0,04
Eğitim Durumu					
Okur-yazar Değil	34	53,26±7,69	48,82±6,0	39,26±6,76	141,35±17,29
İlk ve Ortaöğretim	104	58,39±6,70	51,62±6,07	40,96±6,85	150,98±16,87
Lise ve üzeri	38	58,36±8,52	52,28±7,62	42,50±6,60	153,5±18,29
Değerlendirme		F=6,74 p=0,002	F=3,09 p=0,048	F=2,04 p=0,13	F=4,65 p=0,01
Yaşadığı Yer					
Ankara	89	58,14±7,77	51,56±6,71	41,44±6,71	151,15±18,79
İl Dışı	87	56,63±7,28	50,88±6,29	40,47±6,94	147,98±17,74
Değerlendirme		t=1,33 p=0,18	t=0,68 p=0,49	t=0,95 p=0,34	t=1,15 p=0,25
Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü					
Evet	45	57,82±5,31	51,26±5,47	40,13±6,22	149,22±13,51
Hayır	131	57,25±8,19	51,21±6,84	41,25±7,01	149,71±19,72
Değerlendirme		Z=-0,36 p=0,71	t=0,47 p=0,96	t=-0,94 p=0,34	Z=-0,95 p=0,34
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	68	55,64±8,73	49,79±7,29	40,63±7,11	146,07±20,85
Hayır	108	58,50±6,51	52,12±5,8	41,17±6,65	151,80±16,19
Değerlendirme		Z=-2,124 p=0,034	t=-2,35 p=0,02	t=-0,513 p=0,608	t=-2,04 p=0,043

* t= Student t testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi, Z= Mann Whitney U analizi

Kronik bir hastalığı olanların sosyal destek puan ortalaması $146,07 \pm 20,85$, kronik hastalığı olmayanların $151,80 \pm 16,19$ idi. Kronik bir hastalığı olan ve olmayan kadınların KHSDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı Student *t* ve Mann-Whitney U testi ile incelendi. Kronik bir hastalık olup olmama durumuna göre KHSDÖ puanı, duygusal destek ve güven desteği düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$). Kronik hastalığı olanların sosyal destek, güven desteği ve duygusal destek puanları daha düşük bulundu ($p < 0,05$).

Hastalığa ilişkin veriler ile KHSDÖ puanı ve ölçek alt boyutları arasındaki ilişki Çizelge 3.5.'te verildi.

Ameliyat şekline göre hastaların % 49,1'ine ($n=81$) basit mastektomi yapıldı. Basit mastektomi yapılan kadınların sosyal destek düzeyi puan ortalamaları $149,60 \pm 16,66$, modifiye radikal mastektomi yapılanların $149,57 \pm 19,67$ idi. KHSDÖ puanlarının ameliyat türüne göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi ve anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Ameliyat öncesinde kemoterapi alanların sosyal destek düzeyi puan ortalamaları $151,44 \pm 18,78$, kemoterapi almayanların $149,28 \pm 18,26$ 'dır. KHSDÖ puanlarının ameliyat öncesinde kemoterapi alan ve almayanlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi ve anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Çizelge 3.5. Hastalığa İlişkin Veriler ve Sosyal Destek Düzeyi*

Tanımlayıcı Özellikler	N	Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği			KHSDÖ Toplam
		Güven Desteği	Duygusal Destek	Bilgi Desteği	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Yapılan Ameliyatın Şekli					
Basit Mastektomi	81	57,02±7,25	51,29±5,77	41,28±6,48	149,60±16,66
Modifiye Radikal Mastektomi	95	57,71±7,83	51,16±7,09	40,69±7,12	149,57±19,67
Değerlendirme		$t=-0,60$ $p=0,54$	$t=0,13$ $p=0,89$	$t=0,57$ $p=0,57$	$t=0,009$ $p=0,99$
Kemoterapi Alma Durumu					
Evet	25	57,72±7,30	52,24±7,12	41,48±6,55	151,44±18,78
Hayır	151	57,34±7,62	51,05±6,40	40,88±6,88	149,28±18,26
Değerlendirme		$t=0,23$ $p=0,81$	$t=0,84$ $p=0,40$	$t=0,40$ $p=0,68$	$t=0,54$ $p=0,58$

*t= Student t testi

3.3. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarına İlişkin Veriler

Mastektomi yapılan meme kanserli kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalama puanı 72,56±13,96'dır. Kararırmak'ın ülkemizde geçerlilik güvenilirliğini yaptığı çalışmada ölçek azim ve kişisel yetkinlik (maksimum alınacak puan 60), negatif olaylara tolerans (maksimum alınacak puan 24) ve manevi eğilim (maksimum alınacak puan 16) olarak üç alt faktörde toplanmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam maksimum puan 100'dür. Mastektomi yapılan kadınların azim ve kişisel yetkinlik puan ortalaması 44,03±8,83, negatif olaylara tolerans puan ortalaması 16,21±4,18 ve manevi eğilim puan ortalaması 12,31±2,22'dir (Çizelge 3.6). Ölçeğin çalışmamızdaki Cronbach alfa katsayısı 0.926'dır.

Çizelge 3.6. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Puan Ortalamaları (N=176)

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	min-max	$\bar{x} \pm SS$
Psikolojik Dayanıklılık	33-99	72,56±13,96
Azım ve Kişisel Yetkinlik	21-59	44,03±8,83
Negatif Olaylara Tolerans	4-24	16,21±4,18
Manevi Eğilim	3-16	12,31±2,22

PSÖ'den alınan puan ortalamaları (72,56) göz önünde bulundurularak bu ortalamanın (72,56) bir standart sapma (13,96) üstü puan alanların psikolojik dayanıklılıkları yüksek, bir standart sapma (13,96) altı puan alanların psikolojik dayanıklılıkları düşük olarak belirlendi. Buna göre kadınların %19,3'ünün (n=34) yüksek, %64,2'sinin (n=113) orta ve %16,5'inin (n=29) düşük psikolojik dayanıklılık düzeyi olduğu belirlendi.

Çizelge 3.7'de hastaların tanımlayıcı verileri ile psikolojik dayanıklılık düzeyi ve alt boyutları arasındaki puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yirmi dört- kırk dört yaş grubundaki kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalaması 73,51±14,89, 45-60 yaş grubundaki kadınların psikolojik dayanıklılık puan ortalaması 71,76±14,16 ve 60 yaşın üzerindeki kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalaması 73,18±13,15'tir. PSÖ puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi ile incelendi ve anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Evli olan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi 71,60±13,60, bekâr kadınların 76,55±14,93'dir. PSÖ puanının medeni durum göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi ve anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). Medeni durum ve ölçek alt boyutlarının anlamlılık düzeyine karşılaştırıldığında, azım ve kişisel yetkinlik düzeyi (Student *t* testi) ve negatif olaylara tolerans düzeyi (Mann-Whitney U testi) ile medeni durum arasında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Evli olan kadınların azım ve kişisel yetkinlik puanı ile negatif olaylara tolerans puan ortalamaları daha düşük bulundu.

Çizelge 3.7. Tanımlayıcı Veriler ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi

Tanımlayıcı Özellikler	N	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği			PSÖ Toplam
		Azım ve Kişisel Yetkinlik	Negatif Olaylara Tolerans	Manevi Eğilim	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş					
29-44	37	44,75±9,31	16,29±4,25	12,45±2,60	73,51±14,89
44-60	86	43,82±8,91	15,79±4,39	12,15±2,17	71,76±14,16
>60	53	43,86±8,47	16,84±3,75	12,47±2,05	73,18±13,15
Değerlendirme		F=0,15 p=0,85	F=1,05 p=0,34	F=0,43 p=0,64	F=0,27 p=0,75
Medeni Durum					
Evli	142	43,34±8,80	15,97±3,92	12,28±2,20	71,60±13,60
Bekar	34	46,91±8,45	17,23±5,06	12,41±2,37	76,55±14,93
Değerlendirme		t=-2,12 p=0,03	Z=-1,74 p=0,08	t=-0,28 p=0,77	t=-1,87 p=0,6
Gelir Durumu					
Gelir Giderden Az	25	41,24±10,30	15,96±3,62	12,12±2,20	69,32±14,92
Gelir Gidere Eşit	118	44,22±8,63	16,29±4,47	12,44±2,06	72,96±13,97
Gelir Giderden Fazla	33	45,48±8,10	16,12±3,55	11,96±2,76	73,57±13,28
Değerlendirme		F=1,73 p=0,17	F=0,07 p=0,92	F=0,70 p=0,49	F=0,80 p=0,44
Eğitim Durumu					
Okuryazar olmayan	34	41,11±9,54	15,32±4,31	12,32±1,98	68,76±14,72
İlk ve ortaöğretim	104	44,69±8,53	16,52±4,17	12,48±2,27	73,70±13,87
Lise ve üzeri	38	44,84±8,66	16,15±4,08	12,84±2,27	72,84±13,29
Değerlendirme		F=2,33 p=0,10	F=1,06 p=0,34	F=1,14 p=0,32	F=1,62 p=0,20
Yaşadığı Yer					
Ankara	89	44,85±8,62	16,58±4,26	12,38±2,22	73,82±13,59
İl Dışı	87	43,19±9,01	15,83±4,09	12,24±2,24	71,27±14,30
Değerlendirme		t=1,24 p=0,21	t=1,18 p=0,23	t=0,41 p=0,67	t=1,21 p=0,22
Soygeçmişte Meme CA Öyküsü					
Evet	45	43,8±7,5	15,6±4,17	12,57±2,00	71,97±12,27
Hayır	131	44,11±9,26	16,42±4,18	12,22±2,30	72,76±14,54
Değerlendirme		Z=-1,04 p=0,84	t=-1,14 p=0,25	t=0,92 p=0,35	t=-0,32 p=0,74
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	68	43,16±8,60	16,11±4,0	12,05±2,18	71,33±13,32
Hayır	108	44,58±8,96	16,27±4,31	12,47±2,25	73,33±14,36
Değerlendirme		t=-1,04 p=0,30	t=-0,24 p=0,8	t=-1,19 p=0,23	t=-0,92 p=0,35

*t= Student t testi, F= Tek yönlü varyans analizi, Z= Kruskal Wallis testi

Geliri giderinden az olanların psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalaması $69,32 \pm 14,92$, geliri giderine eşit olanların $72,96 \pm 13,97$ ve geliri giderinden fazla olanların $73,57 \pm 13,28$ 'dir. PSÖ puanının gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi ile incelendi ve yapılan incelemede gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Okuryazar olmayan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalaması, $73,70 \pm 13,87$, ilk ve ortaokul mezunlarının $68,76 \pm 14,72$, lise ve üzeri eğitimi olanların $72,84 \pm 13,29$ 'dur. PSÖ puanının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi ile incelendi ve yapılan incelemede gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Ankara da yaşayan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi $73,82 \pm 13,59$, Ankara dışında yaşayanların $71,27 \pm 14,30$ 'dür. PSÖ puanının Ankara'da ve il dışında yaşayanlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi. Yapılan incelemede Ankara da ve il dışında yaşayanların PSÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Soy geçmişinde ailede meme kanseri olan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalaması, $71,97 \pm 12,27$ ailede meme kanseri olmayan kadınların psikolojik dayanıklılık puan ortalaması $72,76 \pm 14,54$ 'dir. PSÖ puanlarının soy geçmişinde meme kanseri olan ve olmayan kadınlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi. Yapılan incelemede soy geçmişinde meme kanseri olan ve olmayan kadınların PSÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

PSÖ puanlarının kronik hastalığı olan ve olmayan kadınlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi. Yapılan incelemede soy geçmişinde kronik hastalığı olan ve olmayan kadınların PSÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Hastalığa ilişkin veriler ile psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalamaları Çizelge 3.8’de sunulmuştur.

Ameliyat şekli ile psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldı. Basit mastektomi yapılan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalamaları $75,59\pm 13,77$, modifiye radikal mastektomi yapılanların $69,97\pm 13,67$ ’dir. PSÖ puanlarının ameliyat türüne göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi. Yapılan incelemede mastektomi ve MRM yapılan kadınlarda PSÖ toplam puanı ve ölçek alt faktörleri olan azim ve kişisel yetkinlik ile negatif olaylara tolerans boyutları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Modifiye radikal mastektomi yapılan kadınların puan ortalamaları daha düşük bulundu ($p<0,05$).

Ameliyat öncesinde kemoterapi alanların psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları $74,76\pm 14,74$, kemoterapi almayanların $72,19\pm 13,85$ ’dir. PSÖ puanlarının ameliyat öncesinde kemoterapi alma ve almama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Student *t* testi ile incelendi. Yapılan incelemede kemoterapi alan ve almayan kadınların PSÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 3.8. Hastalığa İlişkin Veriler ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi*

Tanımlayıcı Özellikler	N	Ölçek Alt Boyutları			PSÖ Toplam
		Azım ve Kişisel Yetkinlik	Negatif Olaylara Tolerans	Manevi Eğilim	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Yapılan Ameliyatın Şekli					
Basit Mastektomi	81	46,02±8,32	17,03±4,21	12,53±2,40	75,59±13,77
Modifiye Radikal Mastektomi	95	42,33±8,93	15,51±4,05	12,12±2,06	69,97±13,67
Değerlendirme		t=2,815* p=0,005	t=2,437* p=0,016	t=1,201* p=0,23	t=2,705* p=0,008
Kemoterapi Alma Durumu					
Evet	25	44,72±10,39	17,48±3,76	12,56±2,14	74,76±14,74
Hayır	151	43,92±8,58	16±4,22	12,27±2,24	72,19±13,85
Değerlendirme		t=0,41* p=0,67	t=1,63* p=0,10	t=0,59* p=0,55	t=0,84* p=0,39

*Student t testi

3.4. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Arasındaki İlişki

Çizelge 3.9’da mastektomi yapılan meme kanseri kadınların “Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği” ile “Psikolojik Sağlamlık Ölçeği” puanları puan ortalamaları arasındaki ilişkisi verildi. Mastektomi yapılan kanser hastalarının sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlendi ($r=0,369$, $p=0,000$). Hastaların Sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ile azım ve kişisel yetkinlik ($r=0,348$, $p=0,000$), negatif olaylara tolerans ($r=0,319$, $p=0,000$), manevi eğilim ($r=0,370$, $p=0,000$) puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Hastaların psikolojik sağlamlık ölçeğinden aldığı puan ile güven desteği ($r=0,281$, $p=0,000$), duygusal destek ($r=0,311$, $p=0,000$) ve bilgi desteği ($r=0,360$, $p=0,000$) puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

Çizelge.3.9. Mastektomi Yapılan Kadınlarda KHSDÖ ve PSÖ Puanı Arasındaki İlişki*

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği			
	Psikolojik Dayanıklılık	Azim ve Kişisel Yetkinlik	Negatif Olaylara Tolerans	Manevi Eğilim
Sosyal Destek	r=0,369 p=0,000	r=0,348 p=0000	r=0,319 p=0,000	r=0,370 p=0,000
Güven Desteği	r=0,281 p=0,000	r=0,265 p=0,000	r=0,243 p=0.001	r=0,304 p=0,000
Duygusal Destek	r=0,311 p=0,000	r=0,292 p=0,000	r=0,260 p=0,000	r=0,332 p=0,000
Bilgi Desteği	r=0,360 p=0,000	r=0,342 p=0,000	r=0,317 p=0,000	r=0,317 p=0,000

* Spearman korelasyon analizi

4. TARTIŞMA

Meme kanseri olup mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin incelendiği çalışmaya yerli ve yabancı literatürde rastlanmamıştır. Bu alışma ile mastektomi yapılan kadınlardaki sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiye açıklık getirilecek ve bu konu ile literatüre katkı sağlanacaktır.

4.1. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Verileri

İleri yaşın meme kanserine yakalanma riskini artırdığı çalışmalarda ve kanser raporlarında belirtilmiştir (ACS, 2015ve TKİ, 2017). Amerikan Kanser Birliđine göre meme kanseri riski 40 yaşından sonra artmakta ve bu artış 80 yaşından sonra dūřmeye başlamaktadır (ACS, 2015). Amerika da meme kanseri sıklıkla 60-69 yaşları arasında (ACS, 2016) ve her 29 kişiden birinde görülmektedir (Siegel ve ark., 2016). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017) tarafından yayınlanan 2014 yılı Türkiye Kanser İstatistiklerine göre meme kanseri insidansı 30- 39 yař arasında 49.9 iken 40-49 yař arasında 206.3 ve 70-79 yař arasında 294.8'e çıkmaktadır (TKİ, 2017). Bu verilere göre ülkemizde kanser görülme sıklığının 40 yaşından sonra hızla arttığı ve ileri yaşın yüksek risk taşıdığı söylenebilir. Çalışmamızda 40 yaşın altında 19 kişide, 70 yaşın üzerinde 8 kişide kanser görülmüşken, en çok 40-49 yař aralığın 49 kişide meme kanseri görülmüştür. Yař meme kanseri için kontrol edilemeyen bir risk faktörüdür (ASC, 2015). Araştırmamızda meme kanseri olan kadınlarda % 81,2'si 40-70 yař arasındadır. Çalışmamızdaki veri de yaşın meme kanseri için kontrol edilemeyen bir risk faktörü olduğunu doğrular niteliktedir. Bu bulgu literatür ile uyum göstermektedir.

TÜİK Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı 2015 verilerine göre ülkemizde ilkokul ve ilköğretim mezunu kadın sayısı ortaokul ve lise eğitimi alan kadın sayısından fazladır. Okuma yazma bilmeme durumu ise 50 yaş ve üzeri kadınlarda artmaktadır (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr>). Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 53,76±11,20 yıl ve % 50'si ilkokul mezunu ve % 19,3'ü okuryazar değildi. Ögce ve ark.(2007) çalışmasında kadınların % 74,3'ü, Özkaraman ve ark. (2015) çalışmasında % 46'sı ilkokul mezunu olarak bulunmuştur. Çalışmamız yaş ortalamasının 50 yaşın üzerinde olması ve kadınların yarısının ilkokul mezunu olması TÜİK (2015) verileri ve yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. İleri yaş ve düşük eğitim düzeyi meme kanseri konusunda yeterli bilgilenmenin olmamasına; bu nedenle tümör ele gelen boyuta ulaşıktan sonra ya da memede şekil değişikliğine neden olduktan sonra kadınların hastaneye başvurmalarına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda kadınların aile içi gelir gider durumuna bakıldığında, % 14,2'sinin gelirinin giderinin altında, % 67'sinin ise gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2015 verilerine göre nüfusun % 14,7'si yoksulluk sınırının altındadır (TÜİK, 2016). Çalışmamızdaki sonuçlar ile TÜİK verileri benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tümü kadındır. Meme kanseri % 99 oranında kadınlarda görülmektedir (Karayurt ve ark. 2015). Bu nedenle kadın cinsiyeti meme kanserinin kontrol edilemeyen başlıca risk faktörüdür. Çalışmamızda incelenen yaş, beden kitle indeksi, sigara kullanımı ve ailede meme kanseri görülmesi verileri meme kanseri risk faktörleri arasında da yer almaktadır.

Ailede meme kanseri öyküsünün olması da kadınlar için kontrol edilemeyen bir risk faktörüdür (Karayurt ve ark., 2016). Çalışmamızda kadınların % 51,7'sinin ailesinde kanser görülmüşken, % 26,6'sının ailesinde meme kanseri görülmüştür.

Anne, teyze ve kız kardeş gibi birinci derece yakınlarından birinde meme kanseri görülmesi, meme kanseri riskini iki kat, ailede birden fazla kişide meme kanseri görülmesi ise riski üç kat artırabilmektedir (ACS, 2016b). ACS'ye göre meme kanseri olan kadınların % 15'inin ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır (ACS, 2016b). Çalışmamızda ailesinde meme kanseri olan (birinci derece ve ikinci derece) olan % 26,6 olarak bulunmuştur ve literatür ile benzerlik göstermektedir. Ailesinde meme kanseri olan ve tedavi sürecini bilen kadınlar süreçteki olumsuzlukları bilmeleri nedeniyle daha fazla korku yaşayabilir ya da ailesi nedeniyle deneyimli olduğu için tedaviye daha kolay uyum sağlayabilir. Bu dönemde psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri kişisel deneyimlere ve çevresel etkenlere göre değişkenlik gösterebilir.

Fazla kilolu ya da obez olmak da yaşam tarzı ile ilişkili meme kanserinin risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle menapoz sonrası beden kitle indeksinin (BKİ) 25'in üzerinde olması riski artırmaktadır. Menapozdan sonra östrojen yağlı dokudan salınmakta ve kandaki östrojen değerini yükseltmektedir. Böylece meme kanseri riski artmaktadır (ACS, 2016b). Çalışmamızda BKİ'si 25'in üzerinde olanların oranı (% 67,6) oldukça yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda BKİ'nin yüksek olması meme kanserini artıran bir risk faktörü olarak değerlendirilmiş, elde edilen veriler literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Sigara kullanımı meme kanserinin belirsiz risk faktörleri arasında yer almaktadır. Araştırmalarda ağır ve uzun süreli sigara kullanımının ve ilk çocuğunu doğurmadan önce sigaraya başlayanların meme kanseri riskini yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada sigara kullanım oranı % 15,9'dur. Çalışmamızda sigaraya başlama süresi ve içme süresi araştırılmamıştır. Ancak sigara içmenin meme kanseri riskini etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kanserin histopatolojik evrelendirmesinde, tümör türünün büyük çoğunluğunun (% 97,7) invaziv karsinom olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalara göre invaziv meme kanserinin görülme oranı daha fazladır. Özellikle invaziv duktal kanserler % 70- 75 oranında (Karayurt ve ark., 2016) en çok görülen meme kanseri türüdür. Türkiye Kanser İstatistikleri verileri histopatolojik evrelendirmede % 91.1 oranında invaziv duktal ve invaziv lobüler karsinom görüldüğü belirtilmiştir (TKİ, 2017). Histopatolojik olarak meme kanseri türüne bakıldığında Türkiye Kanser İstatistikleri verileri ile çalışmadaki sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda meme kanserinin memedeki kadranslara göre de görülme sıklığı incelendiğinde, % 39,8 oranında üst dış kadrans, % 18 üst iç kadrans, % 3,4 alt iç kadrans ve % 12,5 areolada görüldüğü belirlenmiştir. Literatürde meme kanseri en sık olarak üst dış kadranda % 50 oranında, meme ucu çevresinde % 18 ve alt iç kadranda % 6 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Karayurt ve ark, 2016). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak kanserin en çok meme dokusunun daha fazla olduğu üst dış kadranda görüldüğü saptanmıştır. En az oranda meme dokusunun az olduğu alt iç kadranda görülmüştür. Aksiller lenf bezlerine yakın bölgelerde meme kanserinin daha fazla görülmesi nedeniyle kadınlar KKMM sırasında koltuk altı bölgesini daha iyi kontrol etmelidir. KKMM eğitimlerinde koltuk altı bölge taramasının öneminin çalışmalardan örneklerle anlatılması bilinçlenmenin artmasında etkili olabilir.

Mastektomi yapılan kadınlara, kanserin ilk nasıl fark edildiği ve ardından teşhis edildiği sorulmuştur. Kadınların yarıya yakını (% 47,7) meme ve koltuk altında ele gelen kitle nedeniyle hekime başvurduğu, daha az oranda (% 23,9) meme ucundan kan gelmesi, memede büyüme, kızarıklık, kaşıntı, meme ucunda çökme gibi farklılıklar nedeniyle hastaneye başvurduğu, yalnızca % 9,1'inin KETEM taramalarında teşhis edildiği ve % 6,3'ünün düzenli meme taramaları sırasında teşhis edildiği belirlenmiştir. Literatürde de meme kanseri genellikle ağrısız ele gelen kitle ile fark edilmektedir (ACS, 2016). Çalışmamızdaki verilere göre kadınların

% 71,6'lık oranını oluşturan büyük çoğunluğunun memedeki bir değişiklik nedeniyle hastaneye başvurduğu görülmektedir. Bu veriler meme kanserine karşı bilinçlenmenin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Memedeki değişiklikleri fark etmede KKMM etkili bir yöntemdir ancak tümör büyüdüktan sonra fark edildiği için erken teşhis yöntemleri içinde yer almamaktadır. Fakat kadınların neredeyse yarısının ele gelen kitle nedeniyle hastaneye başvurmuş olmaları KKMM'nin önemini de ortaya koymaktadır. Aylık olarak yapılan KKMM ile kadınların kendi meme dokularını tanımaları önem kazanmaktadır. Bu nedenle ülkemiz ulusal standartlarına göre meme kanseri tarama programına göre 20 yaşın üzerindeki herkes aylık KKMM, 40 yaşın üzerinde ise yıllık klinik muayene ve 2 yılda bir mamografi önerilmektedir. Mamografi meme kanserinin erken teşhisi için en iyi görüntüleme yöntemidir (Karayurt ve ark., 2016). Araştırmamızda kadınların % 26,1'i düzenli kontrole gittiğini ifade etmiştir fakat kanserin nasıl teşhis edildiği sorulduğunda sadece % 6,3'ünün düzenli kontrol sırasında fark ettikleri öğrenilmiştir. Bu durum kadınların kontrol periyotlarını kaçırmalarından ya da geciktirmelerinden kaynaklanmış olabilir.

4.2. Mastektomi Yapılan Kadınların Sosyal Destek Düzeyleri

Kanser hastalarında sosyal destek yaşam kalitesini artırmak, hastalıkla başetme stratejileri geliştirmek ve sağlığı sürdürmek için gereklidir. Cerrahi girişimler ve diğer kanser tedavileri hastalarda korku, anksiyete ve depresyona yol açabilmektedir. Bu dönemlerde verilen sosyal destek iyilik halini etkilemekte ve kanser tedavisinde iyi sonuçlar alınabilmektedir (Dedeli, 2008). Sosyal destek sağlanmasında ailelerin özellikle eş, çocuk ve anne-babanın önemi büyüktür (Özkaraman ve ark., 2015; Dedeli, 2008). Kanser hastaları bu süreçte öncelikle eşlerinden daha sonra çocukları ve kardeşlerinden, sağlık personeli olarak daha çok hekim ve hemşireden destek aldıklarını belirtmişlerdir (Özyurt, 2015).

Mastektomi yapılan kadınların Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde sosyal destek puan ortalaması $149,59 \pm 18,29$ olarak bulunmuştur. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeğinden (KHSDÖ) alınabilecek maksimum puan 175'tir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamakla birlikte Eylon'un (2002) çalışmasında ölçekten alınan puanlar arttıkça hastaların sosyal destek düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir. Araştırmamızda mastektomi yapılan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Dedeli ve ark. (2008) ayaktan kemoterapi alan kanserli hasta grubu ile yaptığı çalışmada KHSDÖ puan ortalamasını $142,47 \pm 14,2$ olarak, Çalışkan ve ark. (2015) benzer çalışmasında $143,8 \pm 20,8$ olarak bulmuştur. Özkaraman ve ark. (2015) meme kanserli kadınlar ile yaptığı çalışmada (KHSDÖ) puan ortalaması $134,85 \pm 9,35$ bulunmuştur. Özyurt (2015)'un çalışmasında kanser hastalarının ve hasta yakınlarının sosyal destek alma ve destek verme durumları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada KHSDÖ'den alınan puan ortalamaları $100,53 \pm 21,20$ olarak düşük düzeyde bulunmuştur. Aynı çalışmada ailelerin hastalara verdiklerini düşündükleri destek düzeyi de düşük bulunmuş ve ailelerin kanser hastalarına destek sunmada yetersiz kaldığı belirtilmiştir (Özyurt, 2015). Özkaraman ve ark (2015) ile Özyurt (2015)'un çalışmasında KHSDÖ'den alınan puan ortalamaları düşük düzeyde olmakla birlikte, çalışmamızdaki meme kanserli kadınların algıladıkları sosyal desteğin bu çalışmalara göre yüksek olduğunu söylenebilir. Çalışmamızda kanserin ve meme kanserinin artış göstermesiyle toplumsal duyarlılığın artması, bölgesel farklılıklar, sağlık personelinin yaklaşımı gibi nedenler puan ortalamalarını etkilemiş olabilir. Genellikle Türk aile yapısına göre aile bireyleri hasta bireye bakmakta kendilerini sorumlu hissetmektedir, bu nedenle kültürümüzün bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda yaş grupları ile toplam sosyal destek puanı arasında anlamlı farklılık saptanmazken ($p > 0,05$), sosyal destek alt ölçeği olan güven desteğinde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Farkı yaratan gruba bakıldığında 60 yaş ve üzeri kadınların diğer gruplara göre algıladıkları güven desteğinin daha düşük olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Yaşın ilerlemesiyle beraber aile yapıları da değişikliğe uğramaktadır. Genç yaşlarda aile kurup, çocuklarını büyüten bireyler yaş ilerledikçe

çocukların evden uzaklaşması ya da eşlerini kaybetmeleri nedeniyle aile içindeki ilişkileri sosyal destek sistemlerini etkilemektedir. Çalışmamızda 60 yaş üstü bireylerin güven desteğini daha az almalarının sebebi geniş aile bütünlüğünün bozulmasından ve eş desteğinin azalmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Dedeli ve ark. (2008) çalışmasında yaş grupları arasında farklılık bulunmazken, Özkaraman ve ark. (2015) meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada 40 yaş ve altındaki bireylerin ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ve yaş grupları arasında farklılık saptanmıştır. Aynı çalışmada ölçek alt puanlarından güven desteğinde 40 yaş ve altı grubunun, 60 yaş ve üzeri gruba göre bilgi desteğinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu sonuç çalışmamızdaki yaş grupları ve güven desteği sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda sosyal destek düzeyi ile gelir durumu ve eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Okuryazar olmayan grubun sosyal destek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek düzeyinin de arttığı söylenebilir. Sosyal destek alt ölçeklerinden güven desteği ile duygusal destek arasında da okuryazar olmayan grupta anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Okuryazar olmayan mastektomi yapılan kadınlar ailelerinden yeterli bilgi desteği alabilirken algıladıkları güven ve duygusal destek puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Özkaraman ve ark.(2015) çalışmasında da ilkökul mezunlarının sosyal destek ve duygusal destek düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanmış, Ardahan ve Yeşilbalkan'ın (2010) çalışmasında yüksekökul mezunlarının daha iyi sosyal desteğinin olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi azaldıkça kadınların algıladıkları sosyal destek de azalmaktadır. Bunun nedeni eşlerin/ aile üyelerinin birbirlerine yakın eğitim düzeyine sahip olması ve verilen sosyal desteğin yetersiz olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda gelir düzeyi de sosyal destek düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin alt boyutu olan güven desteği ile gelir düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumunun düşük olması

mastektomi yapılan kadınların algıladıkları sosyal destek puanını ve ölçek alt boyutu olan güven desteği puanını azalttığı belirlenmiştir. Bu sonuç mastektomi yapılan kadınlarda, ekonomik yetersizliklerin hastaların güven desteği üzerine olumsuz etki gösterdiğini düşündürmektedir. Dedeli ve ark. (2008) çalışmasında ise hastaların sosyal destek düzeylerinin meslek/işine göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Çalışmadaki sonuca benzer olarak Ardahan ve Yeşibalkan'ın (2010) meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada gelir düzeyi arttıkça sosyal destek düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Ögce ve ark (2007) çalışmasında ise maddi durum arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Maddi gelirin iyi olması, daha iyi yaşam koşulları ile daha iyi bir bakım ortamı sağlayabilir. Ayrıca maddi imkânsızlıklar tedavi sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Hastanede tedavi sürecinde de aile desteğinin sürmesi, maddi olanaklarla da ilişkili olabilir. Bu nedenle de maddi durum arttıkça hastaların daha iyi sosyal destek algılamış olacağı ve güven desteğini daha çok hissettikleri düşünülmüştür.

Mastektomi yapılan kadınların % 38,6'sında kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan kadınların algıladıkları sosyal destek, güven ve duygusal desteği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Sürekli tedavi ve kontrol gerektiren kronik bir hastalığının olmasının yanı sıra kadınların kanser tanısı alması, mastektomi olmalarının algıladıkları destek düzeyini azaltmış olabileceği düşünülmektedir. Hastaların eşleri ve aile üyeleri kronik hastalık sürecinde yorgunluk, bitkinlik yaşıyor olabilirler. Kronik hastalıkların sürekli tedavi gerektirmesi ailelerin dayanıklılık düzeyini azaltmış olabilir. Bu nedenle mastektomi geçiren kadınların algıladıkları sosyal desteğin düşük düzeyde olduğu düşünülmüştür.

Ailede meme kanserinin olması, yapılan ameliyat şekli ve kemoterapi alma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi çalışmamızda yüksektir. Aile geçmişinde olsa da birey olarak düşündüğümüzde, kadın için yeni bir hastalık tanısının olması çevresi tarafından

verilen destek düzeyini artırmış olabilir. Ameliyat hastalar için bir stres kaynağıdır. Ameliyatın şeklinin farklı olması hastanın kanser olduğu ve ameliyat olacağı gerçeğini değiştirmedeği için sosyal destek düzeyini yükseltmiş ve ameliyat türüne göre farklılık oluşturmamış olduğu düşünülebilir. Bolger ve ark. (1996) meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada yaşanan fiziksel güçlükler yakınlarının destek sistemlerini harekete geçirmiş, aynı çalışmada hastanın yaşadığı devam eden stres desteğin zamanla azalmasına neden olmuştur (akt. Özyurt, 2015). Bu bilgiye göre hastaların aileleri, hastalıkla karşılaştığı ilk dönemlerde hastaya daha fazla sosyal destek vermiş olabilir.

4.3. Mastektomi Yapılan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri

Yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyinin koruyucu rolünün olduğu çalışmalarda belirtilmektedir (Markovitz ve ark., 2015). Psikolojik dayanıklılık kanser hastalarında depresyon, anksiyete gibi psikolojik semptomların ortaya çıkmasından korumakta, ayrıca bireyin yaşanan zorluklara karşı mevcut iyilik halini sürdürmesini sağlamaktadır (Markovitz ve ark., 2015). Psikolojik dayanıklılık ölçeği Connor ve Davidson (2003) tarafından geliştirilmiş ve 25 maddeden oluşmaktadır.

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık puan ortalaması $72,56 \pm 13,96$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutu olan azim ve kişisel yetkinlik puan ortalaması $44,03 \pm 8,83$, negatif olaylara tolerans puan ortalaması $16,21 \pm 4,18$ ve manevi eğilim puan ortalaması $12,31 \pm 2,22$ 'dir. Ölçekten alınan yüksek puan, psikolojik dayanıklılığın yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmamızda mastektomi yapılan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyinin orta düzeyde olduğu düşünülmektedir. Bu noktada zor yaşamsal tecrübelerle karşı kişisel koruyucu faktörlerin (özgüven, özsaygı, pozitif düşünce süreci, deneyimler vb.) önemli olduğunu ve psikolojik dayanıklılığı yükselttiği söylenebilir.

Connor ve Davidson (2003) araştırmasındaki kadın grubunda, psikolojik dayanıklılık düzeyini $77,1 \pm 16,3$ olarak bulmuştur. Dubey ve ark. (2015)'nin kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve karşılanmamış destekleyici bakım arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında, kanser hastası olan grubun psikolojik dayanıklılık düzeyi $74,4 \pm 12,6$, hasta olmayan grubun $80,4 \pm 12,8$ olarak saptanmıştır. Markovitz ve ark (2015) meme kanserli hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyini $93,8 \pm 14,6$ olarak bulmuştur. Çalışmamızdaki veriler diğer bazı çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte, Markovitz ve ark. (2015)'nin çalışmasında daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir. Bu fark toplumda meme kanserinin algılanmasına, meme kanserinin erken teşhis edilip edilmemesine, hastaların tedavi olanaklarına kolay ulaşım ulaşmamlarına ve tedavi sürecinde yaşanan zorluklara bağlı olabilir.

Psikolojik dayanıklılık ölçeğini geçerlik ve güvenilirliğini yapan Connor-Davidson (2003) ölçek puanının kesme noktasını belirtmemiştir. Min ve ark. (2013) çalışmasında Psikolojik Sağlık Ölçek puanını dört çeyreğe (60 ve altı puan, düşük skor; 60-70 arası skor; 70- 80 arası skor; 81 ve üzeri, yüksek skor) ayrılmış ve modifiye edilmiştir. Kanser hastaların % 25'inin psikolojik dayanıklılık düzeyi ($n=38$, $\bar{x} \pm SS= 51,5 \pm 6,3$) düşük bulunmuşken, % 25'inin ($n=38$, $\bar{x} \pm SS= 88,5 \pm 5,8$) yüksek bulunmuştur (Min ve ark., 2013). Çalışmada sıkıntı yaşayan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyi istatistiksel olarak düşük bulunmuştur (Min ve ark., 2013). Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları diğer çalışmalara göre orta düzey olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık puanları ile yaş, gelir durumu, eğitim durumu, yaşadığı yer, kronik hastalık durumu ve soy geçmişinde meme kanseri görülme durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p < 0,05$). Bu sonuçlar yaptığımız çalışmada psikolojik dayanıklılığın, demografik etmenlerden daha az etkilendiğini düşündürmektedir.

Connor ve Davidson (2003)'in çalışmasında katılımcıların % 65'i kadın ve genel yaş ortalaması $43,8 \pm 15,3$ 'dir. Yaş, cinsiyet ve etnik köken ile psikolojik dayanıklılık arasında fark bulunmamıştır. Matzka ve ark. (2016) psikolojik dayanıklılığı inceledikleri çalışmada araştırmaya katılanların % 59'u kadın ve % 21,3'ü meme kanseridir. Katılımcıların % 66'sı evli ve % 44'ü yükseköğretim mezunudur. Psikolojik dayanıklılık ile yaş, eğitim durumu, iş ve medeni durum arasında fark saptanmamıştır. Dubey ve ark. (2015) psikolojik dayanıklılık ile cinsiyet arasında ilişki saptamamış, fakat 65 yaşın üzerindeki bireylerin, 65 yaş altındaki bireylere göre istatistiksel olarak daha düşük psikolojik dayanıklılıklarının olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada yalnız yaşayanların, aile ya da arkadaşlarıyla birlikte yaşayanlara göre daha düşük psikolojik dayanıklılıkları olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda medeni durum ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmasa da ($p > 0,05$); ölçek alt boyutlarından azim ve kişisel yetkinlik ile negatif olaylara tolerans ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Elde edilen bulgulara göre psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları evli olmayan kadınlarda daha yüksektir. Bu sonuç araştırmamızın ilginç sonuçlarından biridir. Evli kadınlar ev, iş, eş, çocuk gibi birçok sorumluluğa sahip olabilmektedir. Hastalık süreci evli kadınların aile içi rollerini değiştirmiş olabilir. Aile içinde sorumluluklarını yerine getirememesi, gelecek kaygısı kadınların azim ve kişisel yetkinlik, negatif olaylara tolerans alt boyutları puan ortalamalarını düşürmüştür olabilir. Ayrıca hastaların cerrahi sonrası meme kaybıyla yüzleştikleri bu süreçte, memenin kadın için taşıdığı anlamı yitirmesi (annelik, cinsellik, kadınlık vb.) ile psikolojik dayanıklılık düzeyi etkilenmiş olabilir. Ayrıca evlilik sürecinde yaşanan sorunlara meme kaybının eklenmesi, kadınların dayanıklılığını azaltmış olabilir.

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık düzeyi ile yapılan ameliyatın şekli (basit mastektomi ve modifiye radikal mastektomi) arasında anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$), ameliyat öncesinde kemoterapi alma durumu anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Ameliyat şekli ile psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları

karşılaştırıldığında basit mastektomi yapılan hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ameliyat olmak da psikolojik dayanıklılığı etkileyebilen risk faktörlerindedir. Basit mastektomi modifiye radikal mastektomiye göre daha az ağrılıdır ve basit mastektomide lenf nodları çıkarılmadığı için kolda lenf ödem daha az görülür. Ameliyat sonrası erken dönemde modifiye radikal mastektomi yapılan kadınlara omuz hareketlerini azaltmak için bandaj uygulaması yapılabilmektedir. Bu durumların ameliyat sonrası dönemde modifiye radikal mastektomi yapılan hastaların psikolojik dayanıklılığını etkilediği düşünülmektedir.

Dubey ve ark.'nın (2015) çalışmasında metastatik kanseri olan kadınlarda daha düşük psikolojik dayanıklılık düzeyi saptanmıştır. Aynı çalışmada küratif/ palyatif tedavi ve kemoterapi/ kemoterapi ile radyoterapi alanlar arasında psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar da çalışmamıza göre benzerlik göstermektedir.

4.4. Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişki

Çalışmamızda Spearman korelasyon analizine göre sosyal destek toplam puanı ve alt ölçek puanları ile psikolojik dayanıklılık puanı ve alt ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğunu saptanmıştır ($p < 0,001$). Kanser hastalarının sosyal destek düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyi de artmaktadır. Ölçek ve alt ölçekleri arasında en yüksek korelasyon sosyal destek ve manevi eğilim alt ölçeği arasındadır. Mastektomi yapılan kadınlarda psikolojik sağlamlık ölçeği alt boyutu olan manevi eğilim düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek düzeyi de ölçeğin diğer alt boyutlara göre daha fazla artmaktadır. Bu sonuç kültürümüzün özellikleri ile uyumludur. Kültürümüzde dini inanç anlayışı hâkimdir

ve manevi eğilim arttıkça psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek düzeyinin yükseldiği söylenebilir.

Öğce ve ark. (2007) meme kanseri hastaların sosyal destek ve psikososyal stresörlerin (stres olmayan grup, ailesel stres, ekonomik stres) ilişkisine baktıkları çalışmada psikososyal stresörler ile sosyal destek alt ölçeklerinden aile desteği arasında anlamlı ilişki bulunmazken, özel kişi desteği ve arkadaş desteği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Dubey ve ark. (2015) yetersiz destekleyici bakım ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki güçlü bir negatif ilişki saptamışlardır. Matzka ve ark. (2016) kanser hastalarında sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yapılan çalışmada psikolojik dayanıklılık psikolojik sıkıntı ile güçlü ve negatif yönde, fiziksel aktivite ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Literatürde mastektomi yapılan meme kanseri hastalarında sosyal destek ile psikolojik dayanıklılık düzeyi ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile literatüre yeni bir bilgi kazandırmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri olup mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Ulusal literatürde mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Uluslararası literatüründe ise kanser hastaları ile yapılan sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu nedenle çalışma bulgularımızı, farklı çalışmaların bulgularıyla kıyaslama yapılamamıştır. Çalışmamızın sonuçları şu başlıklar altında özetlenebilir:

- Meme kanseri hasta oranları ve meme kanserine yakalanma yaş ortalamaları ulusal ve uluslararası literatür ile benzerlik göstermektedir.
- Risk faktörü olarak yaş, BKİ, sigara kullanımı, soy geçmişte meme kanserinin olması literatürle ile benzerlik göstermektedir.
- Meme kanserleri en sık olarak memenin üst dış kadranında görülmüştür.
- Kadınların % 71,6'sı memedeki bir değişiklik nedeniyle hastaneye başvurmuş ve meme kanseri tanısı almıştır. Düzenli kontrol sırasında teşhis oranı yalnızca % 6,3'tür. Bu durum kadınların düzenli meme taramalarına katılmadıklarını göstermektedir.
- Meme kanserlerinin büyük çoğunluğunu invaziv kanserler oluşturmuştur.
- Mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek puan ortalaması $149,59 \pm 18,29$, psikolojik dayanıklılık puan ortalaması $72,56 \pm 13,96$ olarak bulunmuştur. Kadınların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları orta düzeydedir.
- Yaş arttıkça (60 yaş ve üzeri) sosyal destek alt ölçeği olan güven desteğinin düştüğü saptanmıştır. Bu sonucun ileri yaşta artan yalnızlıkla ilgili olabileceği düşünülmüştür.
- Gelir durumu ve eğitim düzeyi azaldıkça sosyal destek düzeyinin de azaldığı saptanmıştır.

- Kronik bir hastalığı olan kadınlarda sosyal destek düzeyinin azaldığı belirlenmiştir.
- Yaş, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve ailede meme kanseri görülmesinin psikolojik dayanıklılık düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Psikolojik dayanıklılıkta kişisel faktörlerin rolünün daha fazla olduğu düşünülmüştür.
- Evli olmayan kadınların psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutu olan azim ve kişisel yetkinlik ile negatif olaylara tolerans boyutlarında puan ortalamaları daha yüksektir. Evli kadınların meme kaybına daha fazla önem verdikleri düşünülmüştür.
- Ameliyat öncesi kemoterapi almanın sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyini etkilemediği saptanmıştır.
- Ameliyat şeklinin psikolojik dayanıklılık, azim ve kişisel yetkinlik ve negatif olaylara tolerans ile arasında fark olduğu, basit mastektomi yapılan kadınlarda ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Sosyal destek ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır.

5.1. Öneriler

Mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda öneriler şunlardır:

- 1) Özellikle gelir ve eğitim düzeyi düşük hastaların sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi, hastaların desteğe olan ihtiyacını belirlenmesini sağlayacaktır.
- 2) Evli olan kadınların ilave sorunlar yaşayabileceği ve psikolojik dayanıklılıklarını yükseltici hemşirelik girişimleri konusunda hemşirelerin bilgilendirilmesi yararlı olacaktır.

- 3) Sosyal destek düzeyinin artması psikolojik dayanıklılığı da artırdığı için, mastektomi yapılan hastalarla çalışan hemşirelerin sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi ile ilgili farkındalıklarının artırılması, ölçek kullanarak sorunların saptanması yararlı olacaktır. Bu ölçümler doğrultusunda desteğe ihtiyacı olan hastalara uygun hemşirelik girişimleri uygulanarak dayanıklılıkları artırılabilir.
- 4) Mastektomi yapılan kadınların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini mastektomi öncesi dönemle karşılaştırabilmek için, ölçekler sağlıklı bireylere de uygulanabilir ya da ameliyat öncesi ve sonrası sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri belirlenebilir.
- 5) Araştırma farklı örneklem gruplarıyla, farklı boyutlarda tekrarlanmalıdır. Sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık konusunda yapılacak nitel çalışmalar yararlı olacaktır.
- 6) Meme kanseri ve taramalara yönelik halkı bilinçlendirme çalışmalarının artırılması gerekmektedir.

ÖZET

Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin İncelenmesi

Meme kanseri yaşam süresi uzadıkça görülme oranının arttığı, özellikle kadınları etkileyen kanser türüdür. Kadınlar bu süreçte tedavi seçeneği olarak sıklıkla meme kaybına neden olan ama hayat kurtarıcı bir tedavi olan mastektomiyi tercih etmektedir. Kanser tedavi sürecinde ise kadınlar, psikososyal sorunlar yaşamakta, daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu dönemdeki içsel ve dışsal koruyucu faktörler psikolojik dayanıklılığı etkileyebilir ve kadınlar daha başarılı uyum süreci geçirebilir. Bu çalışmanın amacı mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Araştırma Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi, Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Genel Cerrahi Servislerinde yürütüldü. Araştırmaya Kasım 2016- Mayıs 2017 tarihleri arasında meme kanseri olup mastektomi ameliyatı olan 176 kadın hasta dâhil edildi. Araştırmaya katılmak gönüllülük usulüne göre yapıldı ve çalışmaya katılmak isteyen hastalardan yazılı ve sözel onam alındı. Araştırma için etik kurul ve kurum izinleri alındı. Veriler “Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Veriler Formu”, “Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği” ve “Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği 25 (CD-RISK)” kullanılarak ameliyat sonrasında, taburcu olmadan hemen önce toplandı. Veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde (%), ortalama, standart sapma, Student *t* testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 53,76±11,20 (min: 29, max: 82) ve % 81,2’si 40- 69 yaş aralığında idi. Kadınların %80,7’si evli, %14,2’sinin geliri giderinden düşük, % 50’si ilkokul mezunu, % 19,3’ü okuryazar değildi. Kadınların büyük çoğunluğunun (% 67,6) beden kitle indeksi 25’in üzerindeydi. Hastaların %25,6’sının birinci ve ikinci derece akrabalarında meme kanseri vardı. Hastaların sıklıkla memedeki bir değişiklik (%71,6) nedeniyle hastaneye başvurduğu öğrenildi ve % 46’sına basit mastektomi yapıldı. Mastektomi yapılan kadınların sosyal destek düzeyi puan ortalaması 149,59±18,29, psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalaması 72,56±13,96 bulundu. Sosyal destek düzeyi ve alt boyutları ile yaş, gelir durumu, eğitim durumu ve kronik hastalığın olması arasında anlamlı farklılık bulunmuşken, psikolojik dayanıklılık düzeyi ve alt boyutları ile medeni durum ve yapılan ameliyatın şekli arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında pozitif yönde ilişki saptandı ($r=369, p<0,000$)

Çalışmamızda kadınların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyler ölçek puanlarına göre orta, yapılan çalışmalara göre yüksek olarak değerlendirildi. Mastektomi yapılan kadınların sosyal desteklerinin iyi olmasının psikolojik dayanıklılıklarının da yükselmesine neden olduğu düşünüldü. Eğitim durumu ve gelir düzeyi azaldıkça sosyal destek düşmekte, modifiye radikal mastektomi girişimlerinde psikolojik dayanıklılık azalmaktadır. Bu nedenle hemşireler kliniklerde sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini ölçek kullanarak ölçmeli, sosyal desteği artıracak ve psikolojik dayanıklılığı geliştirebilecek bakım girişimleri planlamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Mastektomi, Meme Kanseri, Psikolojik Dayanıklılık, Sosyal Destek

SUMMARY

An Analysis of the Relationship Between Social Support and Resilience Levels in Mastectomy Women

Breast cancer is the type of cancer that affects women especially when their life span is longer. Women prefer mastectomy as a treatment option in this process, which often causes breast loss but is a life-saving treatment. In the cancer treatment process, women experience psychosocial problems and need more social support. Internal and external protective factors in this period may affect resilience and women may pass through more successful integration processes. The aim of this study is to determine the relationship between the levels of social support and resilience score in women with mastectomy.

Research was conducted in General Surgery Services of in Ankara University İbn-i Sina Hospital, Ankara University Cebeci Hospital and Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital. Between November 2016 and May 2017, 176 female patients with breast cancer and mastectomy were included in the study. Participation in the research was done according to the voluntary procedure and written and verbal approvals were obtained from the patients who wanted to participate in the study. Ethical committee and institutional permissions were obtained for the research.

Data were gathered just before the patients were discharged after the surgery, using "Descriptive Data Form for Patient and Disease", "Cancer Patient Social Support Scale" and "Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-RISK)". The data were analyzed using the SPSS 21 packet program. In terms of number, percent (%), mean, standard deviation Student's t test, one-way ANOVA, Kruskal Wallis test and Spearman correlation analysis. were used in the analysis of the data.

The average age of the women participating in the study was 53.76 ± 11.20 (min: 29, max: 82) and 81.2% was in the age range of 40-69 years. 80.7% of the women were married, 14.2% were lower than the income expense, 50% were primary school graduates and 19.3% were not illiterate. The majority of women (67.6%) had a body mass index of over 25. patients 25.6% of the had breast cancer in their first and second degree relatives. It was learned that the patients were frequently referred to the hospital because of a change in the breast (71.6%) and simple mastectomy was performed in 46%. The mean social support level score of the mastectomy women was $149,59 \pm 18,29$ and the mean resilience score was $72,56 \pm 13,96$. Significant differences were found between levels of social support and subscales and age, income status, educational status and chronic illness, and there was a significant difference between resilience level and subscales and marital status and type of surgery performed ($p < 0,05$). Positive relationship between social support and resilience level was found in women who underwent mastectomy ($r = 369, p < 0,000$)

In our study, social support and resilience levels of the women were evaluated as moderate according to scale scores and high as compared with the studies done. It was thought that the good social support of the mastectomy women caused resilience to increase. As education and income levels decrease, social support and resilience decreases in modify radical mastectomy. For this reason, nurses should plan to use nursing interventions in the clinics to measure social support and resilience levels on a scale, to increase social support, and to improve resilience.

Key Words: Breast Cancer, Mastectomy, Resilience, Social Support

KAYNAKLAR

- AKÇA M, ATA A, NAYIR E, ERDOĞDU S, ARICAN A (2014). Impact of Surgery Type on Quality of Life in Breast Cancer Patients. *J Breast Health*, **10**: 222-8
- AKYOLCU N, UĞRAŞ GA (2011). Kendi kendine meme muayenesi: erken tanıda ne kadar önemli? *Meme Sağlığı Dergisi*, **7** (1).
- AL-GHAZAL SK, FALLOWFIELD F, BLAMEY RW(2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*. **36**: 1938-1943
- American Cancer Society (2015). Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2015. Erişim Adresi: [<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2015-2016.pdf>]. Erişim Tarihi: 2/5/2017
- American Cancer Society (2016a). Cancer facts& figures atlanta: american cancer society Erişim Adresi: [<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2016/cancer-facts-and-figures-2016.pdf>]. Erişim Tarihi: 2/5/2017
- American Cancer Society (2016b). Breast cancer risk and prevention. Erişim Adresi: [<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8578.00.pdf>] Erişim Tarihi: 3/5/2017.
- American Cancer Society (2016c). About breast cancer. Erişim Adresi: [<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8577.00.pdf>]. Erişim Tarihi: 3/5/2017
- ANAGNOSTOPOULOS F, MYRGIANNI S (2009). Body image of greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, **16** (4), 311-321
- ARDAHAN M, YESİLBALKAN OU (2010). Perceived family support of women with breast cancer and affecting factors in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **11**: 1425-1429.
- ARSLAN G (2015) Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (YPSÖ) psikometrik özellikleri: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, **16** (2): 344-357
- BASIM NH, ÇETİN F (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **22** (2):104-14.

- BLOOM JR, STEWART SL, CHANG S, BANKS PJ (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, **13** (3): 147-160
- CONNOR KM, DAVIDSON JR (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, **18** (2), 76-82.
- ÇALIŞKAN T, DURAN S, KARADAŞ A, ERGÜN S, TEKİR Ö (2015). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Derg*, **17** (1): 27-36
- DEDELİ Ö, FADİLOĞLU Ç, RÜÇHAN U (2008). kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **23** (3):132-139.doi: 10.17795/nmsjournal36401.
- DONG F, NELSON C, HAQUE SS, KHAN A, ABLAH E (2013). A Modified CD-RISC: Including previously unaccounted for resilience variables. *Kansas Journal of Medicine*, **6** (1), 11- 20.
- DUBEY C, DE MARIA J, HOEPLI C, BETTICHER DC, EICHER M (2015). Resilience and unmet supportive care needs in patients with cancer during early treatment: A descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing*, **19** (5): 582-588.
- EDGE SB, COMPTON CC (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Annals of Surgical Oncology*, **17** (6): 1471-1474.
- EYLEN B (2002). Kanser hastası sosyal destek ölçeğinin geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **15** (1).
- FANG S, SHU BC, CHANG YJ (2013). The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. *Breast Cancer Research And Treatment*, **137** (1), 13-21.
- FERNANDES AF, CRUZ A, MOREIRA C, SANTOS MC (2014). Social support provided to women undergoing breast cancer treatment: A Study Review. *Advances in Breast Cancer Research*, **3**, 47-53
- FOBAIR P, STEWART SL, CHANG S, D'ONOFRIO C, BANKS, PJ, BLOOM JR (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, **15** (7), 579-594.
- GANZ PA (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology (Williston Oark)*, **22**:642-6.
- GANZ PA, DESMOND KA, LEEDHAM B, ROWLAND JH, MEYEROWITZ BE, BELIN TR (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*, **94** (1): 39-49

- GANZ PA, KWAN L, STANTON AL, KRUPNICK JL, ROWLAND JH, MEYEROWITZ BE, BOWER JE, BELIN TR (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst*, **96** (5): 376-387. doi: 10.1093/jnci/djh060
- GARMEZY N (1993). Children poverty: resilience despite risk psychiatry. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, **56**: 127-136.
- GARRATT A, SCHMIDT L, MACKINTOSH A, FITZPATRICK R (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*, **324** (7351) :1417
- GHESHLAGH RG, EBADI A, DALVANDI A, REZAEI M, TABRIZI KN (2016). A Systematic study of resilience in patients with chronic physical diseases. *Nursing and Midwifery Studies*, (In press).
- GİZİR CA, AYDIN G (2006). Psikolojik sağlamlık ve ergen gelişim ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk PDR Dergisi*, **26**:87- 99.
- GÜMÜŞ AB (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2** (3).
- GÜRSOY A, KOÇAN S, AKTUĞ C (2017). Nothing is more important than my partner's health: Turkish men's perspectives on partner's appearance after mastectomy and alopecia. *European Journal of Oncology Nursing*, **29**: 23–30
- HERRMAN H, STEWART DE, DIAZ-GRANADOS N, BERGER BETH JACKSON EL, YUEN T (2011). What Is resilience? *Can J Psychiatry*. **56** (5):258-265.
- HOCAOĞLU Ç, KANDEMİR G, CİVİL F (2007). Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, **3** (3): 163-6.
- IŞIKHAN V (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **18** (1).
- JENDRIAN S, STEFFENS K, SCHMALFELDT B, LAAKMANN E, BERGELT C, WITZEL I (2017). Quality of life in patients with recurrent breast cancer after second breast-conserving therapy in comparison with mastectomy: the German experience. *Breast Cancer Research and Treatment*, **3** (163): 517-526.
- KARAIIRMAK Ö (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **3** (26)
- KARAIIRMAK Ö (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, **179**:350–356

- KARAYURT Ö, URSAVAŞ FE, ÇÖMEZ S (2016). Endokrin Cerrahisi: Meme Cerrahisinde Bakım. İçinde: *Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri ile Birlikte*. Ed: ASLAN F. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- KAYMAKÇI Ş (2010). Meme Hastalıkları. İçinde: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ed: Karadakovan A, Aslan FE. Nobel Tıp Kitabevi, Adana.
- KHORSHID L, ARSLAN GG (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi, *Dirim*, **81** (1): 182-188
- KOÇAN S, GÜRSOY A (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *J Breast Health*, **12**:145-50
- KOÇAN S, GÜRSOY A (2016). Mastektomi olan kadınlarda beden imajı değişimi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, **8**: 206- 226
- LANGFORD CPH, BOWSER J, MOLONEY JP, LILLIS PP (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **25**: 95–100.
- MARKOVITZ SE, SCHROOTEN W, ARNTZ A, PETERS ML (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, **24**: 1639–1645
- MATZKA M, MAYER H, KÖCK-HÓDI S, MOSESPASSINI C, DUBEY C, JAHN P, SCHNEEWEISS S, EICHER M (2016). Relationship between resilience, psychological distress and physical activity in cancer patients: a cross-sectional observation study. *PLoS ONE*, **11** (4): e0154496
- MIN JA, YOON S, LEE CU, CHAE JH, LEE C, SONG KY, KIM TS (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care In Cancer*, **21**(9): 2469-2476.
- MOCK V (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nurs Res* **42**: 153–157
- OEFFINGER KC, FONTHAM ET, ETZIONI R, HERZIG A, MICHAELSON JS, SHIH YCT, WALTER LC, CHURCH TR, FLOWERS CR, LAMONTE SJ, WOLF AMD, DESANTIS C, LORTET-TIEULENT J, ANDREWS K, MANASSARAM-BAPTISTE D, SASLOW D, SMITH RA, BRAWLEY OW, WENDER R (2015). Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *JAMA*, **314** (15): 1599-1614.
- OKANLI A (2004). Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN: 1303-5134*.
- ÖGCE F, ÖZKAN S, BALTALARLI B (2007). Psychosocial stressors, social support and socio-demographic variables as determinants of quality of life of Turkish breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **8** (1), 77.

- ÖZKAN S, ALÇALAR N (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*; **5**:60-4.
- ÖZKARAMAN A, CULHA I, FADILOGLU ZC, KÖŞGEROĞLU N, GÖKCE S, ALPARSLAN GB (2015). Relationships between social support and social image concerns in Turkish women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, **16** (5), 1795-1802.
- ÖZYURT BE (2007). Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*, **15** (1): 1-15.
- PARLAR S, KAYDUL N, OVAYOLU N (2005). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **8** (1).
- REES Z, GARNETT SE (2015). Signs and symptoms of breast cancer with management pathways, *Springer International Publishing Switzerland*. P: 49
- ROSENBERG SM, TAMIMI RM, GELBER S, RUDDY KJ, KEREAKOĞLU S, BORGES VF, COME SE, SCHAPIRA L, WINER EP, PARTRIDGE AH (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, **22**: 1849–185
- RUTTER M (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1094** (1), 1-12.
- SENKUS E, KYRIAKIDES S, PENAULT-LLORCA F, POORTMANS P, THOMPSON A, ZACKRISSON S, CARDOSO F (2013). Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*; **24** (6): 7-23
- SEVEN M, AKYÜZ A, SEVER N, DİNÇER Ş (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **12** (3).
- SIEGEL RL, MILLER KYD, JEMAL A (2016). Cancer Statistics, 2016, *CA Cancer J Clin*, **66**: 7–30.
- SINN HP, CREIPE H (2013). A Brief Overview of the WHO Classification of Breast Tumors, 4th Edition, Focusing on Issues and Updates from the 3rd Edition. *Breast Care*, **8**:149–154
- SIU AL (2016). Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, **164** (4):279–296
- SOMASUNDARAM RO, DEVAMANI KA (2016). A comparative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care. *Indian J Palliat Care*, **22**:135-40.

STEWART BW, WILD CP (2014). World Cancer Report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer.

ŞENDİL G (2012). Mastektomi geçirmiş kadınların evlilik ilişkisinin incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 20: 151-158. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/iupcd/issue/9413/117833>

TAŞGIN E, ÇETİN FÇ (2006). Ergenlerde major depresyon: risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 13 (2):87-94.

TERZİ Ş (2006). Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'nin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (26), 77-86.

TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2015 (2016), *Haber Bülteni*, Sayı: 21584 Erişim Adresi: [<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21584>]. Erişim Tarihi: 22/06/2017

TÜNEL M, VURAL A, EVLİCE YE, TAMAM L (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*, 21 (3):189-219

TÜRKİYE KANSER İSTATİSTİKLERİ 2014 (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara. Erişim Adresi [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR.pdf] Erişim Tarihi: 2/5/2017.

WHELAN T, LEVINE M, WILLAN A, GAFNI A, SANDERS K, MIRSKY D, CHAMBERS S, O'BRIEN MA, REID S, DUBOIS S (2004). Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery randomized trial. *JAMA*. 292 (4):435-441.

WORTMAN CB (1884). Social support and the cancer patient conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53 (10): 2339-2362.

YILDIZ A, KARAYURT Ö (2011). Meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlükler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 7(3).

EKLER

EK-1.

Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu

Katılımcının;

1. Adı Soyadı:
2. Yaşı: 19. Medeni Hali: E B
3. Boy/ Kilo:
4. Yaşadığı Yer:
5. Eğitim Durumu: İlkokul Ortaokul Lise
Üniversite Lisansüstü Okur-yazar değil
6. Gelir düzeyi: Gelir Giderden az Gelir Gidere Eşit Gelir Giderden Fazla
7. Ailenizde aynı hastalığa sahip olan kişi var mı? Var Yok
8. Geçirilmiş psikiyatrik hastalık var mı? Var Yok
9. Kronik hastalığınız var mı? Evet Hayır
10. Sigara kullanıyor musunuz? Evet miktarı: Hayır
11. Hastaneye başvuru nedeniniz:
12. Tümörü ilk kim/nasıl fark etti:
13. Hastalığın tanısı ve evresi:
14. Tanı konulma zamanı:
15. Tümörün yerleşim yeri:
16. Yapılan ameliyatı türü: Mastektomi Modifiye Radikal Mastektomi
17. Ameliyatın tarihi:
18. Ameliyat öncesinde kemoterapi aldınız mı? Evet Hayır
Evet ise; ne kadar süre kaç kür aldınız?.....
En son aldığınız kürün üzerinden ne kadar zaman geçti?.....

EK-2.

KANSER HASTASI SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (KHSÖ)

Bu ölçek, hasta ile ailesi arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılacak bir çalışmaya ait bilgileri toplamak üzere hazırlanmıştır. Aşağıda çoğu hastanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için "**benim durumuma çok uygun (5)**", "**benim durumuma uygun (4)**", "**benim durumuma kısmen uyuyor (3)**", "**benim durumuma uygun değil (2)**" ve "**benim durumuma hiç uygun değil (1)**" olmak üzere beş yanıt vardır.

Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı, her bir ifadenin yanındaki kutucuğa işaret koyarak belirtiniz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar hiçbir kurum ya da şahsa iletilmeyecektir ve yanıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür eder sağlıklı günler dilerim.

	Benim durumuma çok uygun 5	Benim durumuma uygun 4	Benim durumuma kısmen uyuyor 3	Benim durumuma uygun değil 2	Benim durumuma hiç uygun değil 1
1 Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.					
2 Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.					
3 Ailem aldığı kararları destekler.					
4 Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.					
5 Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır.					
6 Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.					
7 Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur.					
8 Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.					
9 Bazen ailemin neler yaşadığını anlamadığımı hissediyorum.					
10 Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.					
11 Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.					
12 Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.					

13	Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor.					
14	Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum.					
15	Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır.					
16	Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır.					
17	Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır.					
18	Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımin yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.					
19	Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.					
20	Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.					
21	Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim.					
22	Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarını düşünüyorum.					
23	Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.					
24	Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır.					
25	Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.					
26	Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı.					
27	Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor.					
28	Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim.					
29	Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.					
30	Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum.					
31	Ailem hastalığımla ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmeme neden oluyor.					
32	Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.					
33	Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez.					
34	Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.					
35	Ailem hastalığımin yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.					

EK-3. KHSDÖ Kullanım İzni

02.07.2017

Gmail - Kanser hastası sosyal destek ölçeği kullanım izni



Filiz Salman <filizslmn@gmail.com>

Kanser hastası sosyal destek ölçeği kullanım izni

7 ileti

Filiz Salman <filizslmn@gmail.com>

9 Ağustos 2016 15:37

Alıcı: berrin.ozyurt@yasar.edu.tr

Merhaba hocam

Ankara Üniversitesinde hemşirelik bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Geliştirdiğiniz ve geçerlilik güvenilirliğini yaptığınız kanser hastası sosyal destek ölçeğini yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum. Tez çalışmamı meme kanseri sonrası mastektomi yapılan hastalar ile yürüteceğim. İzniniz olursa ölçeği kullanabilir miyim?

Saygılarımla...

--

Araş. Gör. Filiz SALMAN
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Berrin Özyurt <berrin.ozyurt@yasar.edu.tr>

15 Ağustos 2016 11:17

Alıcı: Filiz Salman <filizslmn@gmail.com>

Sevgili Filiz Hanım,

Bu sıralar biraz yoğunum. Sizin mailinizi okudum ama hemen cevaplayamadım. Ancak daha sonra cevap verip vermediğimi hatırlamıyorum. O nednele eğer cevap vermediysem gecikme için kusuruma bakmayın. Verdiysem ikinci kez olacak dikkate almayın.

Ekte ölçüm aracımı ve ilgili makalemi gönderiyorum. Ölçüm aracımı çalışmanızda kullanmazınız beni mutlu eder.

Çalışmalarınızda başarılar diliyorum.

Berrin Özyurt

From: Filiz Salman [mailto:filizslmn@gmail.com]

Sent: Tuesday, August 09, 2016 3:37 PM

To: Berrin Özyurt

Subject: Kanser hastası sosyal destek ölçeği kullanım izni

[Alıntılanan metin gizlendi]

Bu elektronik postada bulunan tüm fikir ve görüşler ve ekindeki dosyalar sadece adres sahip/sahiplerine ait olup, Yasar Üniversitesi bu mesajın içeriği ile ilgili olarak hiç bir hukuksal sorumluluğu kabul etmez. Eger gönderilmesi düşünülen kişi veya kuruluş degilseniz, lutfen gonderen kişiyi derhal haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden siliniz.

EK-4

Connor- Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISK-25)

Telif hakkı nedeniyle ölçeğin kopyası elektronik ortama eklenememiştir.

Dear Filiz:

Thank you for your interest in the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). We are pleased to grant permission for use of the CD-RISC in the project you have described under the following terms of agreement:

1. You agree not to use the CD-RISC for any commercial purpose, or in research or other work performed for a third party, or provide the scale to a third party. If other off-site collaborators are involved with your project, their use of the scale is restricted to the project, and the signatory of this agreement is responsible for ensuring that all collaborators adhere to the terms of this agreement.
2. You may use the CD-RISC in written form, by telephone, or in secure electronic format whereby the scale is protected from unauthorized distribution or the possibility of modification. **In all presentations of the CD-RISC, including electronic versions, the full copyright and terms of use statement must appear with the scale. The scale should not appear in any form where it is accessible to the public, and should be removed from electronic and other sites once the project has been completed.**
3. Further information on the CD-RISC can be found at the www.cd-risc.com website. The scale's content may not be modified, although in some circumstances the formatting may be adapted with permission of either Dr. Connor or Dr. Davidson. If you wish to create a non-English language translation or culturally modified version of the CD-RISC, please let us know and we will provide details of the standard procedures.
4. Three forms of the scale exist: the original 25 item version and two shorter versions of 10 and 2 items respectively. When using the CD-RISC 25, CD-RISC 10 or CD-RISC 2, whether in English or other language, please include the full copyright statement and use restrictions as it appears on the scale.
5. A fee of \$ 30 US is payable to Jonathan Davidson at 3068 Baywood Drive, Seabrook Island, SC 29455, USA, either by PayPal (at: mail@cd-risc.com), cheque, bank wire transfer (in US \$\$), international money order or Western Union.
6. Complete and return this form via email to mail@cd-risc.com.
7. In any publication or report resulting from use of the CD-RISC, you do not publish or partially reproduce items of the CD-RISC without first securing permission from the authors.

If you agree to the terms of this agreement, please email a signed copy to the above email address. Upon receipt of the signed agreement and of payment, we will email a copy of the scale.

For questions regarding use of the CD-RISC, please contact Jonathan Davidson at mail@cd-risc.com. We wish you well in pursuing your goals.

Sincerely yours,

Jonathan R. T. Davidson, M.D.
Kathryn M. Connor, M.D.

Agreed to by: *Filiz Salman*

Signature *[Handwritten Signature]*
(printed)

10.08.2016
Date

Resilience and social support of mastectomy patients
Title

EK-5. CD-RISK Kullanım İzni

Subject: Re: Western Union question

From: jonathan.davidson@duke.edu
To: salmanfiliz@yahoo.com
Date: Wednesday, August 10, 2016, 8:20:39 PM GMT+3

Thank you Filiz:

I have pleasure to enclose the scale and manual. Here is the scale and manual. Please let me know if I can be of further assistance.

Wishing you success with your study, and thank you again for choosing the CD-RISC.

Best wishes,

Jonathan

From: salmanfiliz@yahoo.com <salmanfiliz@yahoo.com>
Sent: Wednesday, August 10, 2016 8:50 AM
To: Jonathan Davidson, M.D.
Subject: Re: Western Union question

Dear Jonathan:

MTCN 7421031297

Sincerely

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

15:42 10 Ağu 2016 Çar tarihinde, Jonathan Davidson, M.D.
<jonathan.davidson@duke.edu> şunu yazdı:

Dear Filiz:

Thank you returning the agreement and sending payment. In order for me to collect payment, I will need to know the MCTN (Money Control Transfer Number) that they gave you. Could you please provide it?

Thank you.

Kind regards,

Jonathan Davidson

From: salmanfiliz@yahoo.com <salmanfiliz@yahoo.com>
Sent: Wednesday, August 10, 2016 6:58 AM
To: mail@cd-risc.com
Subject: CD RISK fee pay and agreement

Dear;

I sent you my signed agreement copy (pdf), I paid the fee by using Western Union, You can check this, I hope there is no problem in paying. For this I sent you my bank receipt copy. And I want to use your 25 item survey.

Thank you for your interest

Yours sincerely

1/2

EK-6. Etik Kurul Kararı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
Diğer:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No15-772-16	Tarih: 10 Ekim 2016		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M. Mellî
Prof.Dr.İrfan SOYKAN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M. Soykan
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	S. Öztürk
Prof.Dr.Seher DEMİRER	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	S. Demirer
Prof.Dr.Şule ŞENGÖL	Nefroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Ş. Şengöl
Prof.Dr.İnci İLHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	İ. İlhan
Prof.Dr.Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	S. Sivri
Prof.Dr.Zarife ŞENOCAK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Z. Şenocak
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	B. Çakır
Doç.Dr.Süha YAĞCIOĞLU	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	S. Yağcıoğlu
Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	D. Öztuna
Doç.Dr.Selami Koçak TOPRAK	Hematoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	S. Koçak
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	N. Kutlay
Uz. Dr.Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	O. İlgili
İffet BERKTAŞ	Matematik Mühendisliği	Türkiye Kömür İşletmeleri Genel Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	I. Berktaş

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Sibel ERKAL İLHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
	Diğer ise belirtiniz: Tanımlayıcı Araştırma				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ
İmza:

(Handwritten signature)

(Handwritten signature and stamp)

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek-7.



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, Yazı İşleri Birimi



Sayı : 96487027-302.01.08-E.30349

14.12.2016


Konu : Filiz SALMAN'ın Tez Çalışması hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 03.11.2016 tarihli ve 23757613-302.01.08/E.10150 sayılı yazınız.

Yüksek Lisans programı öğrencisi Filiz SALMAN'ın "Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüş olup konuyla ilgili olarak; Genel Cerrahi Anabilim Dalından alınan 13.12.2016 tarih ve 61271 sayılı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

 e-imzalıdır

Prof.Dr. Ayşe Adile KÜÇÜKDEVECİ
Başhekim

Ek : 13/12/2016 tarih ve 61271 sayılı yazı.

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Mah.Talatpaşa Bulvarı No:48/50 Sıhhiye Altındağ/ANKARA
Telefon No:(312)508 23 55 Belgeçer No:(312)508 23 55
e-posta: yaziisl@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için:Aysel KOC
Memur
Telefon No:(312) 508 23 44



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı




Sayı : 24893579-302.01.08-E.61271
Konu : Tez çalışması hk.

13.12.2016

İBNİ SİNA ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 10.11.2016 tarihli ve 96487027-302.01.08-E.27050 sayılı yazınız.

Yüksek Lisans programı öğrencisi Filiz SALMAN'ın "Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tez çalışmasını İbni Sina ve Cebeci Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerimizde apması uygun görülmüştür. Gereğini saygılarımla arz ederim.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. AHMET NEZİH ERVERDİ
Anabilim Dalı Başkanı

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

- /ANKARA
Telefon No: 0312 508 24 35 Belge Geçer No: 0312 309 39 89
e-posta: genelc@medicine.ankara.edu.tr internet adresi: -

Bilgi için: Seher ÜLGEN
SEKRETER
Telefon No: (312) 310 33 33-2288

Ek-8.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ABDURAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
EĞİTİM PLANLAMA KURULU KARAR TUTANAĞI

Karara Esas Olan Evraklar			Mevzuun Maniyeti ve Hülasaası
Tarihi	No	Nerden Gönderildiği	
17.11.2016			

Kararın Metni

Toplantı Tarihi : 17.11.2016 Perşembe günü saat: 14.00
Başkanın Adı ve Soyadı: Uz. Dr. Fatih GÖKSEL

Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulu : 17.11.2016 Perşembe günü, saat 14.00'da toplanmış ve aşağıdaki konu karara bağlanmıştır.

Ankara Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Filiz SALMAN'ın "Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" Adlı tez çalışmasını Hastanemiz Genel Cerrahi, Cerrahi Onkoloji ve Plastik Cerrahi Kliniklerinde yürütmesi hususu EPK'da görüşülmüş olup, ilgili klinik Eğitim Sorumlularından izin alındıktan sonra uygun olduğuna;

Oy Birliğiyle Karar Verilmiştir.

Başkan
Uz. Dr. Fatih GÖKSEL
Hastane Yöneticisi v.

Üye
Prof. Dr. B. Şafak GÜNGÖR
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Eğitim ve İdari Sorumlusu

Üye
Doç. Dr. Suat KUTUN
Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Görevlisi

Sekreteryaya
Doç. Dr. Lütfi DOĞAN
Cerrahi Onkoloji

Üye
Doç. Dr. Bilgin Kadri ARTBAŞ
Radyoloji Kliniği Eğitim ve İdari
Sorumlusu

Üye
Doç. Dr. Gonca OĞUZ
Anestezi ve Rea. Eğitim Görevlisi

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Eğitim Planlama Kurulu Başkanlığına

Hastanemizde yapılması planlanan ve 17.11.2016 tarihindeki Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararıyla uygun görülen "Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN yürütücülüğünde tez öğrencisi Filiz SALMAN ile kliniğimizde yürütülmesinde sakınca yoktur.

Saygılarımla arz ederim.

28.11.2016



Ek-9.

ANKET BİLGİLENDİRME METNİ

Araştırmanın Adı: Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmanın Kolay Anlaşılır Adı: Memenin tamamen çıkarılması ameliyatı yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin arasındaki ilişkinin incelenmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı: Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yataklı servisleri

Sayın Gönüllü,

Ankara Üniversitesi İbni Sina ve Cebeci Hastaneleri ile Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi yataklı servislerinde “ Mastektomi Yapılan Kadınlarda Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu çalışma yapılacaktır. Bu çalışmayla meme kanseri nedeniyle memenin cerrahi yöntemle tamamen çıkarılması ameliyatı yapılan kadınlarda, ameliyat sonrası dönemde bir defaya mahsus sosyal destek ölçeği ve psikolojik dayanıklılık ölçeği kullanılarak, kadınların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyini incelemek amaçlanmıştır.

Bu araştırmada size bir anket uygulanacaktır. Anket formunda psikolojik dayanıklılık, sosyal destek, sosyo-demografik özellikler ve hastalığın şuan ki durumuna ilişkin sorular yer almaktadır. Sorularda, size uygun olan yanıtı cevaplamanız istenmektedir.

Anket formunda yer alan soruları yanıtlamaya gönüllü olarak katılabilirsiniz. Sorulara verilecek yanıtlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışma sırasında sizden alınacak bilgilerin gizliliği korunacaktır. Soruları yanıtlamaktan vazgeçme ya da herhangi bir anda soruları yanıtlamaya verdiğiniz kabulü geri alma hakkınız vardır. Ayrıca araştırmacı da uygun gördüğü takdirde gerekli bilgilendirmeleri yaparak sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz ya da istememeniz, size uygulanan ya da uygulanacak olan girişimlerde değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmaya 18 ve üzeri yaşta yaklaşık 176 gönüllünün katılması planlanmaktadır. Araştırmanın size ve bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna bir maliyeti yoktur.

Araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda yardımcı araştırmacı Filiz Salman’a sorabilirsiniz.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan

Katılımcının:

Adı- soyadı:

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel bilgiler

Adı : Filiz
Soyadı : SALMAN
Doğum yeri ve tarihi : Kocasinan-Kayseri/ 25.09.1990
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Bekâr
İletişim adresi ve telefonu : filizslmn@gmail.com; 0506 208 76 25

II. Eğitimi

Yabancı Dili : İngilizce
2007-2012 Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
2004-2007 Mimar Sinan Lisesi
2000-2004 Abdi İpekçi İlköğretim Okulu
1996-2000 Alsancak İlköğretim Okulu

III. Ünvanı

2016- Halen Araştırma Görevlisi
2012-2016 Hemşire

IV. Mesleki deneyimi

2016- Halen Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Araştırma Görevlisi
2016-2016 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü Araştırma Görevlisi
2013- 2016 Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun
Bakım-Hemşire
2012- 2013 Özel Bilgi Hastanesi Acil Servis ve Genel Yoğun Bakım-Hemşire