



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**MASTEKTOMİ UYGULANAN KADINLARDA TELEFONLA
İZLEMİN BENLİK SAYGISINA ve BEDEN İMAJINA ETKİSİ**

Bahar ATALAY

**DANIŞMAN
Prof. Dr. İkbāl ÇAVDAR**

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Ekim, 2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Bahar ATALAY tarafından, **Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR** danışmanlığında hazırlanan "**Mastektomi Uygulanan Kadınlarda Telefonla İzlemin Benlik Saygısına ve Beden İmajına Etkisi**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **13/10/2022** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

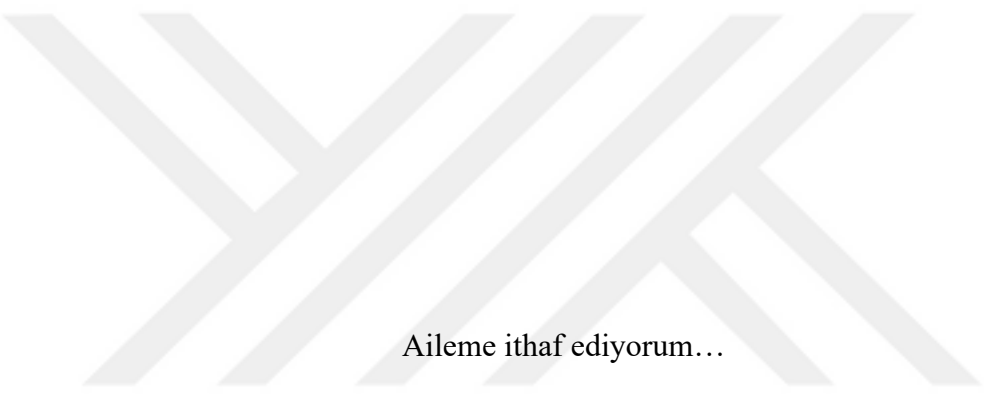
Tez Jürisi	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Hatice KAYA İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Aysel GÜRKAN Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Sonay GÖKTAŞ İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Bahar ATALAY

(İmza)



Aileme ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

***MASTEKTOMİ* UYGULANAN KADINLARDA TELEFONLA İZLEMİN BENLİK SAYGISINA ve BEDEN İMAJINA ETKİSİ**

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ilk tanıdığım günden itibaren yoluma ışık tutarak aydınlatan, anlayış ve desteğini esirgemeyen, ilgisini ve sevgisini her zaman hissettiğim, varlığıyla güç veren çok değerli danışman hocam **Sayın Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR** hocama,

Doktora eğitimim süresince ve tez çalışmam boyunca kıymetli bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, her zaman desteğini hissettiğim, çok değerli hocam **Sayın Prof. Dr. Ayfer Özbaş** hocama,

Bilgi ve tecrübeleriyle tez çalışmamın şekillenmesinde değerli fikirleri ve geri bildirimleriyle katkı sağlayan çok değerli hocam **Sayın Prof. Dr. Hatice KAYA** hocama,

Her zaman karşılıksız sevgileriyle yanımda olan ve desteklerinden güç aldığım **babam, annem** ve **kardeşime**, sonsuz sevgisi ve ilgisiyle yanımda olan bana güç veren hayat arkadaşım, eşim **Dr. Kemal Güldüren'** e

Tez çalışmam sayesinde tanıştığım, ilgileri ve sabırlarıyla tez çalışmama katkı sağlayan çok değerli **hastalara**,

Doktora eğitimim süresince desteğini hissettiğim ve yanımda olan herkese sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Ekim 2022

Bahar ATALAY

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1. MEME KANSERİNİN TANIMI.....	3
2.1. MEME KANSERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.2. MEME KANSERİNİN ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	5
2.3. MEME KANSERİ BELİRTİLERİ.....	7
2.4. MEME KANSERİ SINIFLANDIRILMASI	8
2.5. ERKEN TANISI VE TANI YÖNTEMLERİ	9
2.5.1. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM).....	10
2.5.2. KLİNİK MEME MUAYENESİ (KMM).....	12
2.5.3. RADYOLOJİK YÖNTEMLER.....	12
2.6. MEME KANSERİNDEN KORUNMA	15
2.7. MEME KANSERİ TEDAVİSİ.....	16
2.7.1. LOKAL TEDAVİ (RADYOTERAPİ VE CERRAHİ).....	17
2.7.2. SİSTEMİK TEDAVİ (Kemoterapi ve Hormonal Tedavi).....	22
2.8. MASTEKTOMİ SONRASI MEME REKONSTRÜKSİYONU.....	23
2.9. MASTEKTOMİNİN BEDEN İMAJİ VE BENLİK SAYGISINA ETKİSİ.....	24
2.9.1. BEDEN İMAJİ.....	24
2.9.2. BEDEN İMAJİ VE MASTEKTOMİ.....	26
2.9.3. BENLİK SAYGISI	27
2.9.4. BENLİK SAYGISI VE MASTEKTOMİ	28
3. YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Amacı ve Araştırmanın Tipi	31

3.2. Araştırmanın Hipotezleri	31
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.6. Randomizasyon.....	32
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	32
3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	33
3.7. Veri Toplama Araçları	33
3.7.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (EK 1).....	33
3.7.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (EK 2).....	33
3.7.3. Beden İmajı Ölçeği (EK 3).....	34
3.7.4. Telefon İzlem Formu (EK 4).....	34
3.7.5. Kısa Mesaj Takip Çizelgesi (EK 5).....	35
3.7.6. Telefon İzlem Değerlendirme Formu (EK-4)	35
3.7.7. Yazılı materyallerin değerlendirilmesi formu ve DISCERN ölçeği (EK 7)	35
3.8. Eğitim Kitapçığı (EK 9).....	36
3.9. Araştırmanın Uygulanması	37
3.10. Verilerin İstatistik Değerlendirilmesi	42
3.11. Araştırmanın Etik Yönleri.....	42
3.12. Araştırmanın Sınırlı Yönleri	43
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA.....	59
5.1. Tanıtıcı Özelliklerin ve Araştırma Değişkenlerinin Benlik Saygısı ve Beden İmajı Ölçeği ile Tartışılması.....	59
5.2. Benlik Saygısına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.3. Beden İmajı Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	64
5.4. Verilen Eğitim ve Telefonla İzlemin Beden İmajı, Benlik Saygısına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.5. Beden İmajı ve Benlik Saygısı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	70
EKLER	94
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	151
ETİK KURUL İZİN YAZISI	152
KURUM İZNİ YAZILARI	153
ÖZGEÇMİŞ	154

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	11
Şekil 2.2: Mamografi	14
Şekil 2.3: Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB)	15
Şekil 2.4: Meme koruyucu cerrahide (MKC)	19
Şekil 2.5: Total Mastektomi (Basit Mastektomi)	21
Şekil 3.1: Tez araştırması süreci.....	40

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	43
Tablo 4.2: Araştırmaya Katılan Kadınların Kanser ve Tıbbi Geçmişi.....	45
Tablo 4.3: Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) ve Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlilik Düzeyleri.....	46
Tablo 4.4: Çalışma Gruplarına Göre Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) ve Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamaları.....	47
Tablo 4.5: Tanıtıcı Özelliklere Göre Katılımcıların Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalaması.....	49
Tablo 4.6: Kanser ve Tıbbi Geçmiş Özelliklerine Göre Katılımcıların Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalaması.....	50
Tablo 4.7: Tanıtıcı Özelliklere Göre Katılımcıların Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) Puan Ortalaması.....	52
Tablo 4.8: Kanser ve Tıbbi Geçmiş Özelliklerine Göre Katılımcıların Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) Puan Ortalaması.....	53
Tablo 4.9: Sürekli Değişkenler (Yaş, BKİ ve Tanı Üzerinden Geçen Zaman) ile Ölçek (BİÖ ve BİÖ) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	54
Tablo 4.10: Ölçek (BİÖ ve BİÖ) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi Tablosu.....	55
Tablo 4.11: Deney Grubunun Telefon Görüşmelerine Yönelik Görüşleri.....	56

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UICC	: Union Internationale Contre Cancer (Uluslararası Kansere Savaş Örgütü)
MS	: Milattan Sonra
NBCF	: National Breast Cancer Foundation (Ulusal Meme Kanseri Vakfı)
AJCC	: American Joint Commite on Cancer (Amerikan Ortak Kansere Komitesi)
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
MG	: Mamografi
USG	: Ultrasonografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
DMT	: Dijital Meme Tomosentezi
SLNB	: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi
MKC	: Meme Koruyucu Cerrahi
DBR	: Delayed Breast Reconstruction (Sekonder Meme Rekonstrüksiyonu)
IBR	: Immediate Breast Reconstruction (Primer Meme Rekonstrüksiyonu)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
MHDF	: Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu
TRAM	: Transvers Rektus Abdominis Muskulokutan
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

ÖZET

[DOKTORA TEZİ]

MASTEKTOMİ UYGULANAN KADINLARDA TELEFONLA İZLEMİN BENLİK SAYGISINA ve BEDEN İMAJINA ETKİSİ

[Bahar ATALAY]

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

[Danışman: Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR]

Bu çalışma, mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini değerlendirmek amacıyla Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde meme kanseri nedeniyle mastektomi uygulanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışma kriterlerine uyan 65 kadın (deney grubu=32, kontrol grubu=33) ile gerçekleştirildi. Çalışma randomize kontrollü çalışma olup Mart 2021-Nisan 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Deney grubundaki kadınlara ilk görüşmede “tanıtıcı özellikler bilgi formu”, “Rosenberg benlik saygısı ölçeği” ve “beden imajı ölçeği” uygulandı ve yüz yüze eğitim verilerek eğitim kitapçığı teslim edildi. Ardından kadınlara altı kez telefonla izlem takibi uygulandı. Telefonla izlem ve danışmanlık sonrası aynı ölçekler uygulandı. Kontrol grubuna sadece ilk ölçüm-son ölçüm uygulanarak rutin takip alması sağlandı. Verilerin analizleri anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlem ile benlik saygısı düzeyinin uygulama sonrasında istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlendi ($Z=-2,666$; $p=0,008$). Mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlem ile beden imajı düzeyleri ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yükseldi ($p=0,467$). Deney grubundaki kadınların eğitim düzeyleri benlik saygısı düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattı, buna göre eğitim düzeyi yükseldikçe benlik saygısı düzeylerinin arttığı saptandı. Deney grubunda, bir aile üyesinde meme kanseri olan kadınların benlik saygısı düzeyinin, aile meme kanseri öyküsü olmayan katılımcıların benlik saygısı düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı ($Z=-2,190$; $p=0,029$). Sonuç olarak, mastektomi sonrası telefonla izlem destekli eğitim uygulamasının kadınların benlik saygısı düzeylerini yükselttiği, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da beden imajı düzeylerini yükselttiği belirlendi.

Ekim 2022 , [166] sayfa.

Anahtar kelimeler: [Mastektomi, Benlik saygısı, Beden imajı, Telefonla izlem

ABSTRACT

[Ph.D. THESIS]

[THE EFFECT OF PHONE MONITORING ON SELF-ESTEEM AND BODY IMAGE
IN FEMALE PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE *MASTECTOMY*]

[Bahar ATALAY]

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Surgical Nursing

Name of Programme

[Supervisor : Academic Title Name SURNAME

Co-Supervisor: Academic Title Name SURNAME]

[This study was conducted with 65 women (experimental group=32, control group=33) who underwent mastectomy due to breast cancer in the Turkish Republic of Northern Cyprus and agreed to participate in the study, in order to evaluate the effect of telephone monitoring on self-esteem and body image in women who underwent mastectomy. The study has a randomized controlled design and was carried out between March 2021 and April 2022. After the pre-test, the women in the experimental group were given face-to-face training and followed up by telephone six times. Post-tests were applied after telephone follow-up and counseling. Routine follow-up was provided to the control group by applying only the pretest-posttest.

Introductory “characteristics information form”, “Rosenberg self-esteem scale” and “body image scale” were applied to the women in the experimental group at the first interview, and the training booklet was delivered by giving face-to-face training. Afterwards, the women were followed up by telephone six times. Data analyzes were evaluated at the significance level of $p<0.05$. In women who underwent mastectomy, the level of self-esteem was found to increase statistically significantly after the application with telephone follow-up ($Z=-2.666$; $p=0.008$). In women who underwent mastectomy, body image levels were increased by telephone follow-up, although it was not statistically significant ($p=0.467$). The education level of the women in the experimental group created a statistically significant difference on their self-esteem levels, according to this, it was found that the higher the education level, the higher the self-esteem levels. In the experimental group, it was concluded that the self-esteem level of women with a family member with breast cancer was statistically significantly higher than the self-esteem level of the participants without a family history of breast cancer ($Z=-2.190$; $p=0.029$).

As a result, it was determined that the education application supported by telephone follow-up after mastectomy increased the self-esteem levels of women and increased their body image levels, although it was not statistically significant.]

October 2021, [166] pages.

Keywords: [Mastectomy, Self-esteem, Body Image, Telephone monitoring]

1. GİRİŞ

Büyüme ve gelişmeyi sağlayan kontrol mekanizmalarının bozulması sonucu hücrelerin kontrolsüz bölünmesinden kaynaklanan kanser Dünya’da ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta ve halk sağlığı sorunlarının önemli bir bölümü olarak karşımıza çıkmaktadır (Saniye ve diğ., 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; Siegel ve diğ., 2018). Meme kanseri, memedeki lobülleri ve duktusları oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalmaları sonucu oluşan, çevre dokulara ve organlara metastaz yapan bir kanser türüdür. (Koçan, 2014; Karayurt, 2011). Dünya genelinde en yaygın kanser tipidir ve tüm yeni kanser vakalarının %11,7’ sini oluşturur. Ayrıca en çok yaşam kaybına neden olan kanser türleri arasında beşinci sırada %6,9 ile meme kanseri yer almaktadır. Kadınlarda meme kanseri en sık tanı konulan kanser türüdür ve kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir. İnsidans sıralamasında meme kanserinden sonra kolorektal kanser ve akciğer kanseri gelir. Mortalite oranı açısından meme kanserini akciğer kanseri ve kolorektal kanser izlemektedir. 2020 yılında yaklaşık 2.3 milyon yeni meme kanseri vakası bildirilmiştir, bu sonuç tanı konulan her 8 kanserden 1’inin meme kanseri olduğunu göstermektedir. 2020 yılında 685.000 ölüm meme kanseri nedeniyle meydana gelmiştir. Kadınlarda meme kanseri, 4 kanser vakasından 1’inden ve 6 kanser ölümünün 1’inden sorumludur. Ayrıca meme kanseri birçok ülkede mortalite ve insidansla ilk sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020).

Kronik bir hastalık olan meme kanserinin tedavi şekillerinden biri olan mastektomi memenin kaybına neden olmakta, fiziksel görünümün ve doku bütünlüğünün hastalık ya da mastektomi sebebiyle değişmesi ve bozulması beden imajını değiştirebilmektedir. Bu değişiklik bireyin benlik saygısını tehdit etmekte dolayısıyla zevk ve tatmin uğruna sorunlara ve kusurlara neden olarak kadında beden imajının bozulmasına ve benlik saygısının azalmasına yol açmaktadır (Romero ve diğ., 2008; MHDF, 2007; Çavdar, 2006). Dış görünüşteki değişimler nedeniyle meme kanseri olan kadınlarda beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu ile ilgili sorunlara neden olabilmektedir (Önen ve diğ., 2004). Mastektominin hasta üzerindeki etkisi, hastanın kişisel başa çıkma tarzına, sorumluluklarına ve destek sistemine bağlıdır (Koçan ve Gürsoy, 2016). Sadece meme kanseri tanısı konulan hasta değil, aile üyeleri de kanser ve olumsuz sonuçlarından etkilenmektedir. Meme kanseri olan kadınlarda ve eşlerinde depresyon,

anksiyete, cinsellik ile ilgili sorunlar, intihar girişimleri, düşük benlik saygısı gibi olumsuz durumlar görülebilir (Aygın ve Durat, 2005; Arıkan, 2000).

Gelişen teknolojiyi kullanan yenilikçi ve kolay erişilebilir mobil uygulamalar sayesinde meme kanseri olan kadınların hastalık seyrini ve semptomlarını yöneterek tedavinin yan etkileri ile baş edebilmeleri amacıyla bireysel eğitim ve danışmanlık vererek, yaşam kalitelerini arttırmak buna bağlı olarak benlik saygısı ve beden imajı algısını geliştirmek önemlidir. Kişinin sağlık sorunlarıyla baş edebilecek davranış değişikliklerini edinebilmesi amacıyla eğitim ve danışmanlığa ihtiyacı vardır. Bu süreçte hemşire, kişi ile sürekli iletişim içinde olan sağlık profesyoneli. Hemşire eğitimci rolü kapsamında danışmanlık yapma ve bilgi kaynağı olma sorumluluğunu üstlenmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2011; Kaya 2009). Mastektomi sonrası kadınların benlik saygısı ve beden imajını geliştirmek, hastaların tedaviye ve ameliyat sonrası yaşama uyumunu kolaylaştıracaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün de sıklıkla belirttiği üzere sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak amacıyla teletıp uygulamalarının artırılması, kronik hastalıkların takibini kolaylaştırırken sağlık harcamalarının azaltılmasını da sağlayabilir. Telefonla izlem ve Web tabanlı eğitim gibi teknolojiler hasta bakımı ve tedavisinde çok etkili olabileceği gibi bu yolla yapılan hasta eğitimi, hastanın yaşam kalitesini artırarak hastaların hastaneye yatışlarını azaltabilir (Snoswell ve diğ., 2020; Ventola, 2014). Birçok ülkede, meme kanseri için küratif tedavi sonrası nüksü önlemek amacıyla uygulanan geleneksel klinik izlem, kanser nüksünün ve psikolojik sorunların saptanmasında çoğu zaman yetersizdir kalmaktadır. Literatürde mevcut klinik uygulamada bu hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı tartışmalı bir konudur. Ayrıca bazı araştırmalar takip ziyaretlerinin ortalama süresinin altı dakika olduğunu ve psikososyal sorunların değerlendirilmesini içermediğini öne sürmektedir. Literatürde bu sorunun çözümü amacıyla mastektomi sonrası takip için hemşire liderliğinde telefonla takip gibi alternatif stratejiler önerilmiştir (Kimman ve diğ., 2010; Beaver ve diğ., 2009; Montgomery, 2008).

Hastalara mastektomi sonrası telefon ile izlem uygulayarak geç dönem komplikasyonlar ile ilgili takip, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon, ameliyat sonrası kol ve omuz egzersizleri, lenfödem, eksternal protez kullanımı, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkında bilgilendirmenin, hastanın tüm sorularını cevaplandırma ve endişelerini azaltma konusunda destek olmanın benlik saygısı ve beden imajını olumlu etkisi olacağı düşünüldükten bu çalışma, mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. MEME KANSERİNİN TANIMI

Meme dokusu; süt üreten loblardan, duktus sisteminin birleşiminden meydana gelen ve kadınlarda süt üretimi için özelleşmiş ikinci cinsellik organı olarak işlev görmektedir. Meme kanserinin en sık köken aldığı doku lobül ile terminal duktus birleşimindeki epiteldir. Bu kanser türünde, epitel doku bir adenoma dönüşmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçerek kanser meydana gelmektedir (Karayurt, 2011; Aydınтуğ, 2004).

Meme kanseri son yıllarda giderek prevelansının artmasına rağmen geçmişi eskiye dayanan bir hastalıktır. Millattan önceki dönemlerde M.Ö. 3000-2500 yıllarında Hekim İmhotep memedeki kitlelerden bahsederek, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunu belirtmiş ve tedavisinde memedeki kist ve apselerin kızgın metal ile yakılarak tedavi edildiği tarihsel kayıtlardan anlaşılmaktadır (Okanlı 2004). Modern tıbbi babası Hippocrates ise ilk defa M.Ö. günümüzdeki kanser teriminin kökeni olan “karkinoma” terimini 460-370'de bahsetmiş, metastaza neden olabilen meme kanseri ile ilgili tüm vücudu etkileyerek, tüm vücuda yayıldığını ifade etmiştir. Meme kanserinin cerrahi tedavisi olan mastektomi ise ilk olarak M.S. 180 yılındaki kaynaklarda rastlanmıştır (Aygın ve Durat, 2006; Çevik, 2003). Eski mısırdan başlayarak orta çağ batısına kadar bir çok toplulukta tanımlanan hastalığın nedeni tam olarak bulunmamış, günümüzdeki teknolojik gelişmelerde tedavi ve tanıda ciddi gelişmeler yaşanmış ve yaşanmaya devam etmektedir (Paterson, 2015; Sun ve diğ., 2011; Okanlı, 2004).

2.1. MEME KANSERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Tüm kanser türleri temelde vücuttaki normal yapıdaki hücrelerin dış etkenlerde meydana gelen DNA hasarı sonucu tüm vücuda yayılması ise oluşmaktadır. 2020 yılı istatistiklerine göre kadınlarda görülen meme kanseri, en sık teşhis edilen kanser türüdür ve akciğer kanserini geride bırakmıştır. Tahminen 2,3 milyon yeni vaka (%11,7), bunu akciğer (%11,4), kolorektal

(%10,0), prostat (%7,3) ve mide (%5,6) kanserleri izlemiştir (GLOBOCAN, 2020; Yokuş ve Çakır, 2012).

Global bir sağlık sorunu olan kanserlerin görülme sıklıklarına bakıldığında, Dünya Sağlık Örgütü yılda 14 milyon kişiye kanser tanısı konulduğunu, bu rakamın 2035 yılına kadar 24 milyona varacağını belirtmiştir. Dünyadaki en fazla mortalite nedeni olan kanserler akciğer, mide, barsak, meme ve karaciğer kanseridir. Meme kanserleri ise tüm kanser türlerinin %30'luk gibi yüksek bir oranını oluşturur. Tüm kanser türleri arasında kadınlarda ilk sıradadır. Kansere bağlı mortalite oranlarında ise meme kanseri ikinci sıradadır, ilk sırada akciğer kanseri yer almaktadır. (Öztürk, 2013; Şen ve Başar, 2012; Aygin ve Durat, 2005).

Meme kanseri en sık 30-59 yaşları arasında görülmektedir. Kadın cinsiyetin en önemli mortalite nedenidir ve her sekiz kadından biri kanser olma açısından risklidir (Eroğlu ve diğ., 2010).

Elde edilen verilere göre tüm dünyada 2011 yılında 508.000'den fazla kadının yaşamını yitirdiği, bu rakamın 2015'de 570.000, 2018'de ise 700.000'li rakamlara yaklaştığı bildirilmiştir (WHO, 2020; UICC, 2011). Dünyada 1990 yılının başlarından bu yana meme kanseri görülme oranı her yıl %0.5'lik artış göstermesine karşın, bu oran Türkiye, Japonya, Singapur ve Kore'de 2 ya da 3 katına çıkmıştır (Özmen, 2011; Darendeliler ve Ağaoğlu, 2003)

2009 yılındaki ABD sağlık istatistiklerine göre 200.000'e yakın meme kanseri tanısı konulduğu ve %27'lik oranla kadınlarda en çok görülen kanser türü olduğu, kadın cinsiyeti açısından ikinci ölüm sebebi olduğu bildirilmiştir (Açıl, 2013).

Meme kanseri en fazla Avrupa ülkelerinde görülmekte ve en fazla görüldüğü ülkeler ise Yeni Zelanda, Doğu Avrupa, Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika'dır. Bu kanser türünün en az görüldüğü bölgeler Güney ve Doğu Asya, Batı Afrika, Doğu Afrika, Orta Afrika ve Güney ve Orta Asya olmakla beraber bu ülkelerde de kanser insidansları giderek artış göstermektedir. Meme kanseri tanısı ve tedavisinden sonra sağ kalım oranlarına bakıldığında Kuzey Amerika, İsveç ve Japonya'da % 80 veya daha yüksek, orta gelirli ülkelerde yaklaşık % 60 ve düşük gelirli ülkelerde % 40' ın altında olduğu saptanmıştır (WHO, 2020).

Tanı ve tedavi olanaklarının sınırlı olması nedeniyle görülme sıklığı az olmasına rağmen meme kanseri mortalitesi ise %43 oranındadır. Gelişmiş ülkelerde ise mortalite oranı ise %30 oranındadır (Topuz, 2019).

Türkiye'de 2015 yılındaki Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda meydana gelen kanser türleri arasında meme kanseri ilk sıradadır. GLOBOCAN (Global Kanser Gözlemevi) 2018 verilerine göre dünyada meme kanserinin görülme sıklığı yüz binde 43.8, Türkiye' de ise

yüz binde 45.6 olarak belirlenmiştir (Güzel ve Bayraktar, 2019). Dünya’da 2005 yılı 11 milyon yeni meme kanseri tanısı, meme kanseriyle yaşayan 25 milyon kadın bildirilirken, 2030 yılında 27 milyon yeni meme kanseri tanısı, 75 milyon meme kanseri beklenmektedir (MHDF, 2007).

2.2. MEME KANSERİNİN ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Meme kanserinin nedeni birçok kanser türünde olduğu gibi tam olarak belirlenememiştir (Açıl, 2013; Öztürk, 2013; Çalışkan, 2009; Öncü, 2008). Hastalığın etiyojisine ilişkin en önemli hipotez ise meme kanserinin temel nedeninin hücrelerin DNA’sının hasarından kaynaklanmasıdır (NBCF, 2021; Çam ve Gümüş, 2006). Meme kanseri, sıklıkla çevresel faktörler nedeniyle oluşması hipotezi nedeniyle en fazla araştırılan hastalıklardan biridir (Çam ve Gümüş, 2006).

Hastalığın nedenleri arasında, olguların %10’undan daha azı kalıtsal bir genetik mutasyonun geçişiyle açıklanmaktadır. Bu nedenle temel bazı risk faktörleri dışında etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Genetik köken dışında daha çok çevresel, üreme ve yaşam tarzı faktörleriyle çok ilişkili olduğu bildirilmiştir (Rojas ve diğ., 2017).

Kalıtsal meme kanserlerinin %50-60’ının kromozom 17 de yer alan meme kanseri 1 (BRCA1) ve meme kanseri 2 (BRCA2) genlerinden birini etkileyen mutasyonlardan kaynaklandığı bulunmuştur. Aile öyküsü olan kalıtsal meme kanseri, meme kanseri vakalarının %5-10’unu oluşturur. BRCA geninin keşfinden sonra yapılan araştırmalar; BRCA-1 ve BRCA-2 genlerindeki mutasyonların tüm genetik kanserlerin %40-50’sinden sorumlu olduğunu bildirmektedir (Olgun, 2021).

Tüm bunların yanı sıra meme kanserinin meydana gelmesinde, çevresel, genetik, biyolojik, hormonal, ve psikolojik faktörlerin bir bütün olarak hastalığın gelişmesini tetiklediği düşünülmektedir (ACS, 2020).

Meme kanseri gelişimine yol açan risk faktörleri arasında değiştirilemeyen faktörler de yer almaktadır. Bazı risk faktörlerinin etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmamıştır. Meme kanseri için literatürde kanıtlanmış kontrol edilemeyen risk faktörleri; cinsiyet (en önemli risk faktörü), aile öyküsü/genetik faktörler, erken menarş, geç menopo, meme ameliyatı öyküsü (Sarıcı, 2021).

Meme kanseri için öne sürülen risk faktörlerinden en önemlisi kadın cinsiyet ve ileri yaşta olmaktır. Çoğu meme kanseri kadınlarda görülür ve kadınlarda vaka sayısı erkeklere göre 100 kat daha fazladır. Diğer risk faktörleri ise genetik, çevresel, sağlıklı yaşam koşulları, hormonal, sosyobiyojik, aile öyküsü, psikolojik ve biyolojik etkenler olarak sıralanmıştır (Sun ve diğ., 2017; Açıl, 2013).

Tablo 2.1: Meme kanserinin değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri

Değiştirilemeyen Faktörler	Değiştirilebilir Faktörler
Kadın Cinsiyet	Hormon replasman tedavisi
Yaş (İleri yaş)	Dietilstilbestrol (yapay östrojen)
Aile öyküsü (Meme veya yumurtalık kanseri)	Fiziksel aktivite
Genetik mutasyonlar	Aşırı kilo/obezite
İrk / Etnisite	Alkol alımı
Hamilelik ve emzirme	Sigara içme
Adet dönemi ve menopoza girmiş olma durumu	Yetersiz vitamin takviyesi
Meme dokusunun yoğunluğu	Yapay ışığa aşırı maruz kalma
Önceki meme kanseri öyküsü	İşlenmiş gıda alımı
Kanser dışı meme hastalıkları	Kimyasallara maruz kalma
Önceki radyasyon tedavisi	Diğer bazı ilaçlar

(Lukasiewicz ve diğ., 2021)

2.3. MEME KANSERİ BELİRTİLERİ

Meme kanserinde ilk tipik belirti meme dokusunun altında elle gelen ağrısız, hareketsiz kitle varlığıdır. Tüm meme kanseri olgularında bu belirti %80 oranında görülmektedir. Amerikan Kanser Derneğine göre, kitle küçük olması durumunda kolay tedavi edilebilmekte ve semptom vermemektedir. Bazı meme kanseri türlerinde ise çok hızlı diğer organlara metastaz görülebilmektedir (Keskinlik ve diğ., 2016; Koçak ve diğ., 2011).

Meme kanseri başlıca belirti ve bulguları şu şekilde sıralanabilir;

- Kitleler ağrısız, kısmen sınırları belirli ve sert bir kitle olması nedeniyle 1 cm den daha büyük olduğunda ve daha çok üst kadranda görülür (Özmen ve diğ., 2021; Topuz ve diğ., 2003).
- Meme kanseri tanısı konulan kadınların %10'unda ilk dıştan fark edilen bulgu meme başında daha çok sulu, tek taraflı, berrak ya da kırmızı renkli akıntıdır (Louie ve diğ., 2006; Topuz ve diğ., 2003).
- Meme derisindeki daha çok portakal kabuğu görüntüsü dıştan fark edilen bir başka bulgudur. Kanserli hücreler lenf damarlarında vazokonstriksiyon etkisiyle lenfatik akımı azaltır. Lenf damarları içerisinde üreyen hücreler, dokunun beslenme değişiklikleri ile beraber, cooper ligamentlerinin gerilmesi sonucunda deride şekil değişikliği yaparak, deride portakal kabuğu görünümüne neden olur. Bazı türlerinde ise lenfatik akımın azalmasına bağlı olarak önce deride kızarıklık, daha sonra eritemle başlayan belirtiler beslenmenin zamanla daha da azalmasıyla deride ülserasyona neden olabilir. Meme cildinde egzamayı andıran renk değişikliği, kızarıklık, meme cildinin dökülmesi, kaşıntı gibi değişiklikler meydana gelebilir (Özmen ve diğ., 2012; Lee, 2005; Topuz ve diğ., 2003).
- Meme başında çekilme olarak adlandırılan meme retraksiyonu (forguo belirtisi), meme dokusundaki kanlanmanın bozulmasına bağlı olarak, meme başı ve areola altında çoğalan kanser hücreleri deriyi tümöre doğru çekerek çukurlaşmaya (retraksiyon) yol açar. Meme başının içeri doğru çekilmesine bağlı olarak memede şekil değişiklikleri meydana gelir. Hastalarda bu belirti başlangıçta yatar veya oturur pozisyonda fark edilemeyebilir. Kendi kendine meme muayenesinde ancak düz durur pozisyonda kolları yukarı doğru kaldırarak veya aşağı doğru eğilerek retraksiyon fark edebilir (Lee, 2005; Topuz ve diğ., 2003).

2.4. MEME KANSERİ SINIFLANDIRILMASI

Günümüzde meme kanseri sınıflandırması için yaygın olarak TNM sistemi kullanılmaktadır. TNM sınıflandırma sistemi; evreleme, tümör çapı, lenf nodu tutulumu ve metastaz olup olmamasına göre yapılmaktadır. TNM sisteminde T primer tümör, N aksiller lenf bezlerini, M ise uzak metastazı ifade etmektedir. TNM sınıflandırma sistemi aşağıdaki gibidir (Cascetta ve Tiersten, 2018; Arslantaş, 2014; Yalav, 2009)

Amerikan Kanser Ortak Komitesi Primer Tümörü Sınıflandırma

TX: Birincil tümör değerlendirilemiyor

T0: Birincil tümör kanıtı değil

Tis: İn situ karsinom

T1: İki cm veya daha küçük tümör

T1mic: Küçük yayılım 0.1 cm ya da 0.1 cm'den daha küçük

T1a: Tümör boyutu 0.1 cm ile 0.5 cm arasında (0.5 cm hariç)

T1b: Tümör boyutu 0.5 cm ile 1 cm arasında (1 cm hariç)

T1c: Tümör boyutu 1 cm ile 2 cm arasında (2 cm hariç)

T2: Tümör boyutu 2 cm ile 5 cm arasında (5 cm hariç)

T3: Beş santimetreden büyük tümör

T4: a.) Göğüs duvarına veya b.) Cilde direkt uzanabilen herhangi bir boyuttaki tümör, aşağıda tarif edildiği gibi:

T4a: Göğüs duvarına uzatma

T4b: Ödem, meme derisinin ülseri veya cilt nodülleri varsa (aynı göğüsle sınırlı)

T4c: Her ikisi de (T4a ile T4b) mevcutsa

T4d: İnflamatuvar karsinom varsa

Evre Grupları

Evre 0: Tis N0 M0

Evre I: T1 N0 M0 (T1mic dahil)

T0 N1 M0: T1 N1 M0 (T1mic dahil); T2 N0 M0

Evre IIB: T2 N1 M0; T3 N0 M0

Evre IIIA: T0 N2 M0; T1 N2 M0 (T1mic dahil); T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0

Evre IIIB: T4 N(herhangi) M0

Evre IIIC: T(herhangi) N3 M0

Evre IV: T(herhangi) N(herhangi) M1

Bölgesel Lenf Nodları

Nx: Değerlendirilemeyen bölgesel lenf nodu

N0: Bölgesel lenf nodu yayılımı mevcut değil

N1: Hareketli, ipsilateral bölgede lenf nodu metastazı

N2: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak (lenfosintigrafi dışı) görüntülebilen ipsilateral iç meme nodal metastaz

N2a: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı

N2b: Aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral iç meme nodal metastaz

N3: İpsilateral infraklavikular lenf nodu metastazı veya klinik + radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak görülebilen ipsilateral iç meme nodal metastazı + aksiller lenf nodu metastazı veya supraklavikular lenf nodu metastazı

N3a: İpsilateral infraklavikular lenf nodu metastaz + aksiller lenf nodu metastazı

N3b: Klinik + radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak görülebilen ipsilateral iç meme lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı

N3c: Supraklavikular lenf nodu metastazı

Uzak Metastaz Sınıflandırılması

Mx: Değerlendirilemeyen uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

2.5. ERKEN TANISI VE TANI YÖNTEMLERİ

Meme kanserinin erken tanı ile tedavisinin var olması, erken tanının hastalığın prognozu açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Erken tanı ile beraber yapılan erken tedavi ile hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalmaları azaltılarak, çevre dokulara metastaz yapmadan girişim yapılması, prognoza olumlu katkı sağlamaktadır (Yeşilyurt ve Findık, 2016; Topuz ve diğ., 2003). Aksiller lenf nodu tutulumu meme kanseri için bilinen en güçlü prognostik faktördür (Fulford, 2006). Bütün bunların yanı sıra meme kanserinde bazı risk faktörlerinin değiştirilemez olması erken dönemde tanının önemini ortaya koymaktadır (Güzel ve Bayraktar, 2019). Erken tanı, maliyet etkinlikleri açısından hem hastalar hem de sağlık

kuruluşları açısından tedavi maliyetlerini düşürmektedir (Çakır ve diğ., 2016; Özmen ve diğ., 2009). Tanı ve tedavideki gelişmeler sayesinde gelişmiş ülkelerde meme kanserine bağlı ölüm oranları oldukça düşüktür (Güzel ve Bayraktar, 2019). Hastalık dışarıdan görülebilen ve palpe edilebilen bir organda olması nedeniyle kişinin rutin olarak kendi kendini muayenesi sonucunda memedeki kanser belirtilerini fark edebilmektedir (Koçyiğit ve diğ., 2011). Bu nedenle özellikle kendi kendine meme muayenesine erken yaşlarda başlanmasının önemi kadınlara anlatılmalıdır. Böylelikle rutin olarak kendi kendine meme muayenesi yapan kadınlar, en yüksek riskin olduğu 40-49 yaşları arasında kendilerindeki farklılıkları kolaylıkla anlayabileceklerdir (Şöhret, 2020).

Meme kanserinde kullanılan erken tanılama ve tarama programları sayesinde, hastalarda mortalite azalarak, yaşam kalitesi ve yaşam süresi artmaktadır (Özmen ve diğ., 2012).

Ulusal Kanser Tarama Programının önerdiği şekilde ülkemizde uygulanan meme kanseri tarama protokolü;

-20-40 yaş arası kadınlar için her ay kendi kendine meme muayenesi, iki yılda bir klinik meme muayenesi,

-40-69 yaş arası kadınlar için aylık kendi kendine meme muayenesi, yıllık meme klinik muayenesi ve iki yılda bir mamografi (Kerlikowske ve diğ., 2011; Meme Kanseri-<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/meme-kanseri.html>).).

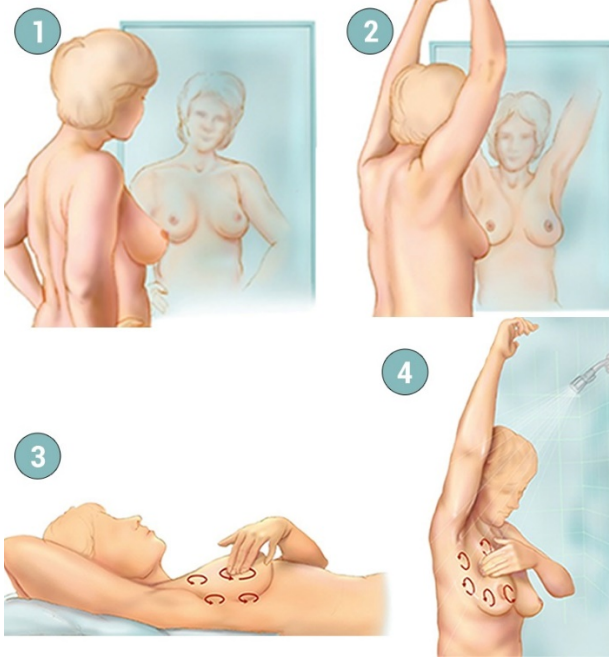
2.5.1. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesinin, meme kanseri olan hastalarda erken tanı için önemli bir yeri vardır. KKMM en genel tanımıyla, kadınların düzenli aralıklarla, sistematik bir şekilde meme kanserini teşhis etmek için, meme ve çevresindeki bölgenin, anormal kitleyi saptamak amacıyla muayene edilmesidir. Özellikle erken dönemde küçük tümörlerin belirlenmesiyle meme kanserinin ilerlemesi durdurabilmektedir (Kaya 2016; Karaöz 2008; Canbulat 2006). KKMM basit, non-invazif, ekonomik bir yöntem olması nedeniyle, dünyada birçok sağlık otoritesi tarafından önerilmektedir. Bu yöntemin kanserin ölüm oranları azaltmadaki etkisi tam belirlenmemiş olsa da kadınların memelerine yönelik farkındalık kazanması açısından önerilmektedir (Parsa ve diğ., 2016). Konu ile ilgili bir çalışmada memedeki kitleleri kadınların % 90'nının kendisinin fark ettiği ve bu kitlelerin % 25'inin iyi huylu olmadığı tespit edilmiştir (Pişkin 2007).

KKMM, 20 yaş sonrasında her ay düzenli olarak yapılmalıdır. Menstrüel siklusun başlamasından 5-7 gün sonra, yani memelerin hassas ve gergin olmadığı zamanlarda uygulanmalıdır. KKMM, menopoiz sonrasında ise her ayın aynı günü uygulanması önerilir (Kaya 2016; Karaöz 2008; Canbulat 2006) (Şekil 2.1).

Muayene sırasında kadınlar meme dokularında daha önceki muayenelerden farklı olarak kızarıklık, meme derisinin tahrişi, ele gelen kitle, meme ucundan akıntı gelmesi, meme ucu ağrısı, pullanma gibi normal olmayan belirtiler için mutlaka sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Ayrıca memedeki bu değişikliklerin her zaman meme kanseri belirtisi olmadığı bilinmelidir (Gök Uğur 2009; Karaöz 2008; Pişkin 2007).

Erken tanıda kullanılan bir başka yöntem ise hastanın anamnezinin alınmasıdır. Hasta anamnezinde hastanın yaş, aile öyküsü, doğum yaşı, menopoiz yaşı, meme ile ilgili geçirdiği hastalıklar menarş yaşı gibi bilgiler elde edilebilir (Pişkin 2007).



Şekil 2.1: Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).

<https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2021/breast-cancer-mastectomy-quality-of-life>.
Erişim tarihi: 18.05.22.

2.5.2. KLİNİK MEME MUAYENESİ (KMM)

Klinik meme muayenesi (KMM); meme kanseri tanısında kullanılan, sağlık profesyonelleri tarafından inspeksiyon ve palpasyon metotları ile yapılan bir başka fiziki muayene yöntemidir. Bu muayene daha çok kanseri erken dönemde saptamak için kullanılır (Saslow ve diğ., 2004).

Muayenede memedeki şekil bozuklukları, simetri ve sınırları, eritem, retraksiyon, çukurlaşma ve meme ucu değişimleri değerlendirilir. Her iki memenin palpasyon, inspeksiyonun ardından her iki meme ve yakın lenf nodları, aksiller, supraklavikular ve infraklavikular lenf nodlarının palpasyonu yapılır (Saslow, 2004). Bu yöntem KKMM yöntemini düzenli gerçekleştiremeyen kadınlarda da etkili olmaktadır (Pişkin 2007; Nahcivan ve Seçginli 2003). Ulusal kanser tarama programı önerilerine göre klinik muayenenin 20-40 yaş arası kadınlarda en az iki yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl yapılması uygundur (Kerlikowske ve diğ., 2011; Meme Kanseri <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>).

2.5.3. RADYOLOJİK YÖNTEMLER

Meme kanserinin erken tanılmasında KKMM, KMM ve mamografi gibi yöntemler standart yöntemlerdir (Güzel ve Bayraktar, 2019; <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-diagnosis/>).

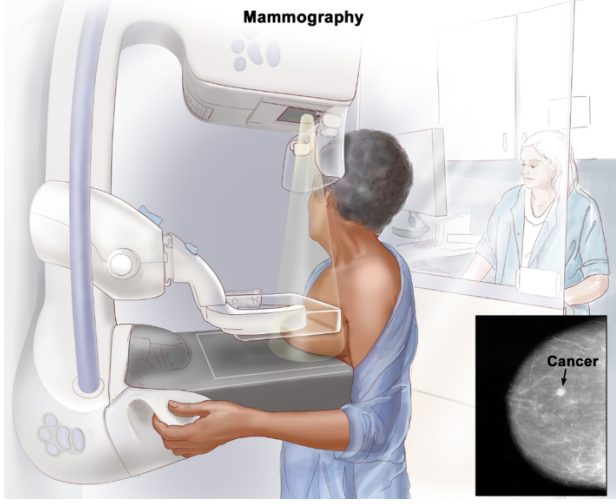
Meme kanserinin tanısını koymak amacıyla günümüzde; anamnez ve fiziksel muayene ile beraber; radyolojik yöntemler içerisinde mamaografi (MG), ultrasonografi (USG), manyetik rezonans (MRG) görüntüleme yöntemleri dışında galaktogram (meme ucu akıntı değerlendirme) ve biyopsi gibi yöntemlerden faydalanılmaktadır (Özdem, 2019; Koçaşlı, 2006).

Radyolojik yöntemler arasında önemli bir yeri olan Mamografi (MG) de düşük dozda x ışınları ile meme dokusu görüntülenir. Mamografi meme kanserinde tanı amacıyla kullanılan etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Mamografi daha çok klinik olarak varlığından şüphe edilen fakat palpe edilemeyecek kadar küçük olan kitlelerin belirlenmesinde kullanılır (Çalışkan, 2009; Özberksoy, 2006; Uçar, 2008; Vahabi, 2003).

Mamografi sırasında alınan radyasyon oranı, çevreden alınan radyasyon oranından oldukça düşüktür. Mamografi, meme kanserindeki tanımlanamayacak ve ultrasonografinin belirleyemeyeceği kadar küçük lezyonları erken teşhis edebilmek adına belirleyebilmektedir (Güllüoğlu, 2009). Bu amaçla mamografi imkanı bulunan yerlerde meme kanserinin teşhisi için daha etkin olması nedeniyle ultrasonografiden daha çok mamografi kullanılması tavsiye edilmektedir (Başkan ve diğ., 2012; Güllüoğlu, 2009) (Şekil 2.2). Bu yöntemin 30 yaş ve altındaki kadınlarda, memenin yoğun meme dokusuna sahip olması ya da memedeki yağ dokusunun az olması gibi nedenlerle kullanımı sınırlıdır (Uçar, 2008). Ulusal Türk Kılavuzu, mamografi taramasına 40 yaşında başlanmasını ve 69 yaşına kadar her iki yılda bir tekrarlanmasını önerir (Meme Kanseri <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>.; Türkiye Kanser Kontrol Programı http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_2016.pdf).

Meme kanserindeki bir başka radyolojik yöntem ise Ultrasonografi (USG)'dir. Bu yöntemde ses dalgaları aracılığı ile memenin görüntüsü elde edilir. USG, daha çok mamografide saptanan lezyonların solid-kistik ayrımının yapılmasında kullanılır. Radyasyon içermemesi nedeniyle istenmeyen etkisi yoktur. Elle saptanabilen kitlesi olmayan ve 35 yaş altındaki hiç doğum yapmamış ya da az doğum yapmış kişilerde başvuru ilk görüntüleme yöntemidir. Mamografiden farklı olarak mamografi sırasındaki kompresyona bağlı oluşan ağrı sorununun olmaması ve radyasyon içermemesi nedeniyle gebelik ve laktasyon döneminde temel görüntüleme yöntemi olarak kullanılır (Açıl, 2013; Öztürk, 2013; Çalışkan, 2009; Özberksoy, 2006).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG); ise son yıllarda giderek kullanımı artan diğer bir yöntemdir. Ultrasonografi ve mamografi ile kesin değerlendirme yapılamayan kadınlarda tercih edilmektedir. Ameliyat sonrası memede, cerrahi iz ile malign kitlelerin ayırt edilmesinde ya da radyoterapi sonrasında palpe edilebilen kitlelerin incelenmesinde, aksiller tümörü olan ve memede mamografi ya da ultrason ile lezyon tespit edilemeyen kişilerde gizli meme kanserini tespit etmek için tercih edilir (Çalışkan, 2009; Koçaşlı, 2006).



Şekil 2.2: Mamografi.

<https://www.breastcancer.org/screening-testing/breast-self-exam-bse>. Erişim tarihi: 18.05.22.

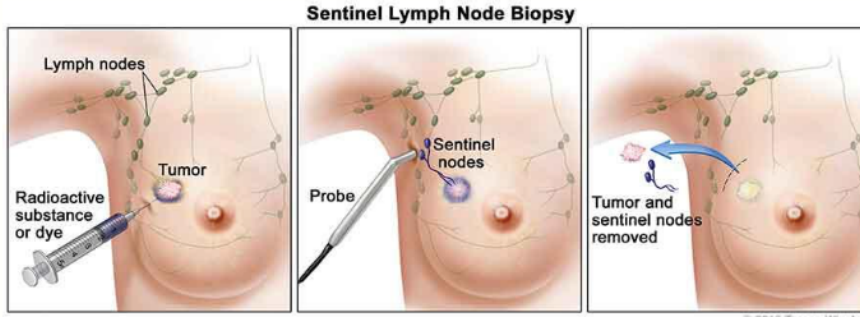
Dijital Meme Tomosentezi (DMT), Mamografik görüntüleme yoğun meme yapısı olan kadınlarda istenilen sonuçları vermemektedir. Mamografinin bu sınırlılığına alternatif olarak geliştirilen dijital meme tomosentezi (DMT) meme kanseri taraması ve tanılmasında kullanılabilir. Yoğun meme yapısı olan kişilerde, mamografik duyarlılık glandüler doku süper pozisyonlarından dolayı azalmaktadır. Mamografideki bu kısıtlılığı dışlamak amacıyla dijital meme tomosentezi (DMT) yöntemi geliştirilmiştir. Bu yöntem taramada ve tanısal amaçla kullanılabilirken ayrıca gereksiz biyopsi oranını düşürdüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur (Doğan ve diğ., 2018; Byun ve diğ., 2017).

Radyolojik tetkikler sonrasında oluşan doku değişiklikleri ve meme kanserinin kesin tanısı biyopsi ile mümkündür (Şaylık 2010; Çalışkan, 2009).

Palpe edilebilen kitlelerde uygulanan biyopsisi yöntemleri invaziv olma derecelerine göre sırasıyla; doğrudan yayma, ince iğne aspirasyon biyopsisi, kesici iğne biyopsisi (Core-Trucut), insizyonel biyopsi, eksizyonel biyopsi'dir. Eksizyonel ve insizyonel biyopsiler açık biyopsi olarak adlandırılabilirler. Bu yöntemlerin her birinin diğerlerine göre bazı avantajları ve dezavantajları vardır. Hasta ve cerrah tercihlerine ek olarak, hangi biyopsi yönteminin uygulanacağını belirlemede tıbbi imkanların da etkisi vardır (Kocaay, 2020). Sık uygulanan biyopsi yöntemi olan kor (core) iğne biyopsisinde küçük bir doku örneği alınarak incelenir (Çalışkan, 2009; Özberksoy, 2006). Açık biyopside ise şüpheli bölgenin, küçük bir cerrahi işlemle bir kısmının ya da tamamının çıkarılıp incelenmesi esasına dayanır ve kesin tanı sağlar

(Özmete, 2007). Eksizyonel biyopsi ise meme içerisindeki lezyonun tümü ile çıkarılmasıdır (Çalışkan, 2009).

Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB); Kanser hücresinin drene olduğu ilk lenf noduna sentinel lenf nodu (bekçi lenf bezi) denir. Genellikle mastektomi sırasında, lenf bezinde metastaz varlığını tespit etmek amacıyla uygulanmaktadır. Bu yöntem sayesinde tüm lenf bezlerinin çıkarılması önlenmektedir. Uygulanan işlem sonrası metastaz tespit edilirse bu bölgede bulunan bütün lenf nodları temizlenmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Özberksoy, 2006) (Şekil 2.3).



Şekil 2.3: Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB).

<https://www.breastcancer.org/screening-testing/breast-self-exam-bse>. Erişim tarihi: 18.05.22.

2.6. MEME KANSERİNDEN KORUNMA

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanserdir ve hastalığın mortalite oranının yüksek olması yaşamı ciddi şekilde tehdit ettiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu yüzden hastalık gelişimi riskini en aza indirgeyecek tutum ve davranış geliştirerek yaşam süresi, hastalık prognozunun iyi hale getirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması bakımından oldukça önemlidir (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020; Sauter, 2018; De santis ve diğ., 2017; Gençtürk, 2007).

Meme kanseri oluşumunda risk faktörleri kalıtsal, histopatolojik veya çevresel olabilmektedir. Risk faktörlerinin %20'lik bir paya sahip olan genetik, hormonal değişimler, yaş, fertilizasyon yeteneği gibi özellikler kontrol altında tutulamazken, geriye kalan risk faktörleri kontrol altında tutulabilir. Azaltılabilir risk faktörlerine sahip olması hastalıktan korunmanın ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020; Karayurt ve diğ., 2008; Gençtürk, 2007). Hastalığın oluşumundaki çevresel riskleri azaltmaya

yönelik stratejiler genellikle doğrudan çevresel faktörü ele almaya odaklanırken, doğrudan kolayca değiştirilemeyen genetik ve histopatolojik riskler, östrojen ve reseptörü gibi meme kanserine neden olan bilinen faktörleri değiştirerek dolaylı olarak ele alınır (Sauter, 2018; Gail ve Mai, 2010; Steele ve diğ., 2005).

Meme kanserinde korunma birincil ve ikincil koruma olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020; Sauter, 2018; Gai ve Mai, 2010; Gençtürk, 2007). Birincil korumada, temel amaç hastalığın ortaya çıkmasına neden olan durumların elimine edilmesidir. Meme kanserinde birincil korumada sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, kilo kontrolünü sağlama, profilaktik mastektomi, kemoprevensiyon, alkol ve sigara tüketiminden kaçınma, emzirmenin teşvik edilmesi yer almaktadır (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020; Coughlin ve Smith, 2015).

Meme kanserindeki ikincil korumada ise temel amaç, erken tanı ile hastalığın en erken dönem belirlenmesi, hastalığın prognozunu kontrol altına alınmasını sağlamaktır (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020; Bulut ve Bulut, 2017). İkincil koruma önlemlerinden temel olarak taramaya yönelik olarak kendi kendine meme muayenesi (KKMM), rutin mamografi takibi, klinik meme muayenesi (KMM) yer almaktadır (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020; Sauter, 2018; Gençtürk, 2007).

Hemşirelerin riskli olan tüm gruplara meme kanserinde koruma için birincil ve ikincil koruma yöntemlerine ilişkin eğitim vererek, hastalıktan korunmaya yönelik bilinçlendirmeleri önemli toplumsal bir sorumluluktur (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020; Bulut ve Bulut, 2017; Özen ve ark., 2013).

2.7. MEME KANSERİ TEDAVİSİ

Tarama programlarının gelişmesi ile beraber meme kanserinin erken tanısı ve tedavi şansı ve hastaların hayatta kalım oranları da artmaktadır. Bununla beraber, tedavide uygulanan kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi yöntemler, hastalarda fiziksel ve psikolojik istenmeyen etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Yıldız ve Karakurt, 2011). Meme kanserinin tedavisinde özellikle son yıllarda tedavisinde önemli gelişmelerin meydana geldiği bilinmektedir (Ades ve diğ., 2017; Bag, 2013).

Meme kanseri vücuda yayılım gösterebilen bir kanser türüdür ve genellikle tedavi edilemezliğini açıklayan kemik, akciğer, karaciğer, beyin gibi uzak organlara metastaz yapabilir. Hastalığın erken tanısı, iyi bir prognoz ve sağ kalım oranının yüksek

olmasıdır. Kuzey Amerika'da meme kanseri hastalarının 5 yıllık göreceli sağ kalım oranı, bu hastalığın zamanında saptanması nedeniyle %80'in üzerindedir (Desantis ve diğ., 2016).

Meme kanseri tedavisinde kullanılan tedavilere bağlı olarak depresyon, anksiyete, öfke gibi duygusal ve ruhsal sağlık sorunları, lenfödeme bağlı fiziksel aktivite sorunları, fiziksel bütünlüğün bozulması, cinsel yaşamda sorunlar, sosyal izolasyon gibi olumsuz durumlar yaşanabilmektedir (Garra ve diğ., 2002).

Meme kanseri tedavisinde hastanın durumu, yaşı, kanserin türü ve evresi, tümörün boyutu, menopoz, başka kronik hastalıkların varlığı gibi hasta özellikleri göz önünde bulundurulur (Yılmaz ve diğ., 2010).

Meme kanserinde tedavi seçeneğini lokal ve sistemik olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Sistemik tedavi için kemoterapi ve hormon tedavisi kullanılırken, Lokal tedavi için cerrahi tedavi ve radyasyon tedavisi kullanılır (Oylar ve Tekin, 2011; Erdost ve Çetinkale, 2008).

2.7.1. LOKAL TEDAVİ (RADYOTERAPİ VE CERRAHİ)

2.7.1.1. RADYOTERAPİ

Radyoterapi tüm kanser türlerinde uygulanabilen temel kanser tedavisi yöntemlerinden biridir. Nötron, gama ışınları, x-ışınları, proton ve diğer kaynaklardan yüksek enerjili radyasyon uygulanarak tümörleri küçültme ve kanser hücrelerini öldürme işlemidir. Radyoterapinin ameliyat sonrası nüksleri önlediği görülmüştür (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Şaylık 2010; Çağlar, 2007). Cerrahi tedavi sonrası sınırlı uygulanan cerrahiye tamamlayıcı olarak radyoterapi uygulanabilmektedir. Yaklaşık olarak %60 civarında kanser hastası radyoterapi tedavisi almaktadır (Şaylık 2010; Çağlar, 2007).

Yaygın olarak kullanılan radyoterapi tedavisi, cerrahi yöntemle çıkarılması mümkün olmayan tümörlerde, cerrahi tedavi öncesinde tümör boyutunu küçültmek maksadıyla uygulanabilmektedir. Uygun olan kanser hastalarında cerrahi tedavi sonrası yapılmaktadır (Şaylık 2010). Metastaz varlığında ise, kansere bağlı yakınmaları tamamen ortadan kaldırmak ya da azaltmak için radyoterapi uygulanabilmektedir (Çağlar, 2007).

2.7.1.2. CERRAHİ TEDAVİ

Radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi tedavi yöntemleri meme kanserinin tedavisinde kullanılmakla beraber cerrahi tedavi meme kanseri tedavisinin temelidir. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde temel amaç malign tümörün hastanın vücudundan uzaklaştırılmasıdır (Yayık ve diğ., 2019; Fortner ve diğ., 2002).

Cerrahi tedavinin şekli kanserin özelliklerine göre tanı ve tetkiklerle belirlenir (Abbas ve Rahman, 2018). Cerrahi tedavi şansını arttıran önemli bir ölçüt kanserin metastaz yapıp yapmamasıdır ve uygulanan cerrahi girişim tedavi için sağ kalımı arttırmaktadır. Meme kanseri tanısı konulan kadınların çoğu, genellikle cerrahi tedaviye maruz kalmaktadır. Memenin cerrahi tedavisinde iki farklı cerrahi yöntem olan meme koruyucu cerrahi ve mastektomi uygulanır (Çolak ve diğ., 2008).

2.7.1.2.1. MEME KORUYUCU CERRAHİ (MKC)

Meme koruyucu cerrahi (MKC) daha çok kanserli bölgeyle çevresindeki sağlam dokunun bir miktarının çıkarılması ve aksiller lenf nodlarının kanser ile ilişkili olanlarının temizlenmesini içerir (Howard-Anderson ve diğ., 2012) (Şekil 2.4). MKC, hastalığın Evre I ve II döneminde başvuran hastaların çoğunda öncelikli tedavi yöntemidir (Moo ve diğ., 2018).

Meme koruyucu cerrahi yapıldığı bölgeye göre lumpektomi, kadranektomi (kısmi mastektomi/segmental mastektomi) adı verilmektedir. Bu cerrahi türlerinde yalnızca memede kanser dokusu çıkarılır (Erturhan, 2017). MKC türüne tümörün patolojik özellikleri, klinik değerlendirme dikkate alınarak karar verilir (Akyolcu, 2019; Ades ve diğ., 2017; Uras, 2006).

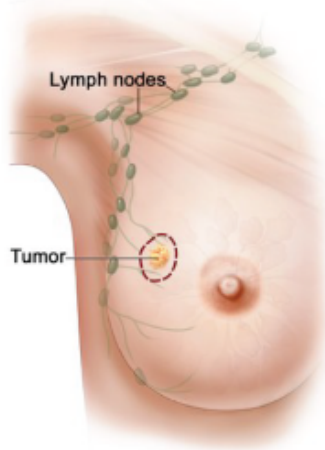
Meme koruyucu cerrahinin mastektomiye benzer sağ kalım sağladığı saptanmıştır (Akyolcu, 2019; Uras, 2006).

MKC' nin en önemli kazanımı meme dokusunun korunmasıdır, ancak lumpektomi sonrası kanser hücrelerinin tamamının temizlenebilmesi için çoğunlukla radyoterapi uygulanmaktadır (Moo ve diğ., 2018).

Meme koruyucu cerrahi sonrası radyasyon tedavisinin rolünü inceleyen meta-analiz çalışmalarında; radyoterapi yönteminin eklenmesinin, meme kanseri nüksünde %60'lık bir

düşme sağladığı saptanmıştır. Meme kanseri vakalarının yaklaşık %30'una MKC gerçekleştiremediği için mastektomi yapılmaktadır (Özbalcı ve diğ., 2016; Singletary, 2008).

Breast-Conserving Surgery



Şekil 2.4: Meme koruyucu cerrahide (MKC).

<https://www.breastcancer.org/screening-testing/breast-self-exam-bse>. Erişim tarihi: 18.05.22.

MASTEKTOMİ

Meme kanserinin cerrahi tedavisi son 40 yılda sürekli ve derin değişikliklere uğramıştır. Özellikle seçilmiş olgularda mastektomi geçerli bir cerrahi alternatif olarak kalmaya devam etmektedir (Franceschini ve diğ., 2015).

Mastektomi, memenin bir kısmının ya da tamamının bazen meme dokusuyla beraber yakınındaki dokuların çıkarılması olarak tanımlanabilir. Mastektomi, kanser hücrelerinin meme dokusuna yayıldığı durumlarda, birden fazla tümör olduğunda, ameliyat sonrası meme dokusu deforme olduğunda, nüks riski varsa ve meme koruyucu cerrahi yapılamadığında uygulanmaktadır (Goethals ve Rose, 2019).

Meme kanseri tanısı konulan her kadın mastektomi adayı olmakla beraber aksiller lenf nodları veya meme dokusunun diğer bölümlerine metastaz varsa, MKC sonrası memenin deforme olma riski varsa, küçük meme dokusuna sahipse mastektomi tercih edilir. Uygulanacak mastektomi türü, hastanın klinik durumuna ve hastalığa bağlı olarak değişmektedir (Şaylık, 2010; Acar, 2009; Sertöz, 2002).

Meme kanseri tedavisi yıllar içerisinde önemli ölçüde gelişme göstermekle birlikte, aksiller diseksiyon ile modifiye radikal mastektomi özellikle büyük tümörü olan çoğu hasta için altın standart olmaya devam etmektedir (Sarici, 2021; Muhammad ve diğ., 2013).

Modifiye radikal mastektomi ve meme koruyucu cerrahi yöntemleri günümüzde sıklıkla kullanılmakla beraber en sık terih edilen mastektomi türleri aşağıda verilmiştir (Büyükakıncak ve diğ., 2013):

Total Mastektomi (Basit Mastektomi) Bu cerrahi türünde meme glandı, areola ve meme başı çıkarılırken, aksiller lenf nodülleri çıkarılmamaktadır (Şaylık 2010; Acar 2009; Sertöz 2002). Meme Koruyucu Cerrahi sonrası nüks vakalarında, 3. ve 4. evre tümörlerinde, yaygın erken evre kanserde uygulanmaktadır (Ayaz 2012; Dean 2008). Ayrıca yüksek kanser riski taşıyan kadınlarda profilaksi amacı ile de uygulanabilmektedir (Acar, 2009) (Şekil 2.5).

Radikal Mastektomi Meme dokusunun tümü, meme ucu, aynı taraf aksiller lenf nodülleri ile birlikte tüm meme dokusu altındaki göğüs duvarının kasları olan M. Pectoralis Major ve Minör kaslarının da alınmasıdır (Bağdatlı ve Kaya, 2022). Flep nekrozu, kol ödemi ve hematoma neden olması ayrıca rekonstrüksiyona imkan vermemesi nedeniyle günümüzde çok tercih edilmemektedir (Tümentemur, 2014; Duygulu, 2009; Uzun, 2009). Radikal mastektominin günümüzde çok tercih edilen bir yöntem olmamasının bir diğer nedeni de daha çok şekil bozukluğuna neden olmasıdır (Şöhret, 2020).

Modifiye Radikal Mastektomi Tüm meme dokusu ile beraber aksiller lenf ganglionları, pectoral majör kası fasyası da çıkarılan bu yöntemde pectoralis majör ve pectoralis minör kasları çıkarılmamaktadır. Meme rekonstrüksiyonu sonrası daha iyi bir sonuç elde edilmesi nedeniyle günümüzde diğer mastektomi türlerine göre daha popülerdir (Bican, 2020; Telli, 2019).

Profilaktik Mastektomi

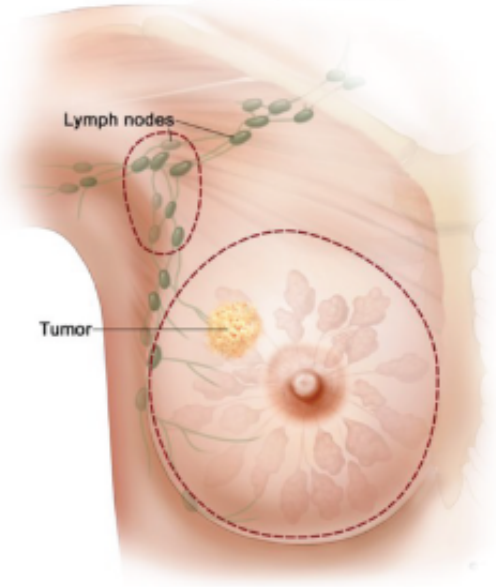
Yüksek riskli hastalarda meme kanserini önlemenin bilinen üç yolu vardır. Bunlar anti-östrojen tedavisi, profilaktik ooferektomi ve profilaktik mastektomidir. Profilaktik mastektomi, mevcut koruyucu yöntemler arasında meme kanseri gelişme riskini azaltmak için en etkili tedavi yöntemidir. Birinci derece akrabada menapoz öncesi dönemde bilateral kanser varlığı, birinci derece akrabaların iki veya daha fazlasında menapoz öncesi dönemde meme kanseri olması, histopatolojik olarak lobüler ve multifokal kanser tanısı olması gibi durumlarda profilaktik mastektomi endikedir (Telli, 2019). Bu yöntemi meme kanserinden korunma yöntemi olarak

uygulayan ünlüler nedeniyle bu yönetime olan ilgi artmıştır (Carbine ve diğ., 2018; Ayhan ve diğ., 2009).

Mastektomi sonrası yaşanan komplikasyonlara bakıldığında aynı zamanda cinsiyeti temsil eden bir organa uygulanması nedeniyle hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal durumunu etkilemektedir (Alves, 2011). Hastalar mastektomi sonrası yaşanan fizyolojik komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde hematoma, seroma gibi sorunlarla karşılaşılırken, taburculuk sonrası yaşam kalitesini doğrudan etkileyen, lenfödem, donuk omuz, enfeksiyon ve ağrı gibi farklı sorunlarda da karşılaşmaktadır. Kanama, MKC veya mastektomi sonrası hastaların %7'sinde görülebilmektedir (Özmen ve diğ., 2012; Çam ve diğ., 2009; Topuz ve diğ., 2003).

Mastektomi sonrası hasta psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, tedavi sürecinde ve sonrasında duygu durum bozuklukları, beden imajının sarsılması, özgüvenin azalması, öfke, anksiyete, cinsel açıdan çekiciliğin azalması, uyku bozuklukları, depresyon gibi birçok sorun yaşamaktadır (Heidari ve Ghodus, 2015; Işık, 2014; Koçan ve Gürsoy, 2016).

Total (Simple) Mastectomy



Şekil 2.5: Total Mastektomi (Basit Mastektomi).

<https://www.breastcancer.org/screening-testing/breast-self-exam-bse>. Erişim tarihi: 18.05.22.

2.7.2. SİSTEMİK TEDAVİ (Kemoterapi ve Hormonal Tedavi)

Kemoterapi

Küçük çaplı mikrometastazları önlemek, tümör çapını küçültmek ve cerrahi sonrası kalan tümörlü hücreleri yok etmek amacıyla oral ya da parenteral uygulanır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Adjuvan, neoadjuvan olarak kullanılır. Meme cerrahisinden sonra verilen, kalan ya da yayılmış kanseri ortadan kaldıran tedavi adjuvan kemoterapidir. Neoadjuvan kemoterapi ise ameliyat öncesi uygulanan tedavidir (DeFrank ve diğ., 2007; Garcia ve diğ., 2015). Meme kanserinin cerrahi tedavisinden sonra, özellikle başlangıçta tümör çıkarılmasından sonra, metastaz riskini azaltmak ve nüksü önlemek amacıyla adjuvan kemoterapi kullanılır. yapılmaktadır. Adjuvan kemoterapi, ileri evre tümörlerde cerrahiye uygun hale getirmek veya ana tümörü küçültmek ve kozmetik cerrahiye izin vermek için uygulanır. Kozmetik amaçlı ameliyat yapılmasını sağlamak amacıyla neoadjuvan kemoterapi uygulanmaktadır (Can ve diğ., 2005; Çalışkan 2009).

Kemoterapi temel olarak, etkilenen bölgede kan akımını artırarak, organ ve sinirlere olan basıyı azaltmak ve kansere bağlı gelişen semptomları gidermeye yönelik uygulanır. Tedavide temel bir başka amaç nüksleri önlemek ve sağ kalımı arttırabilmektir. (Aslan ve diğ., 2006; Bilgiç, 2015; Le ve diğ., 2005; Yıldırım, 2009).

Kemoterapi tedavisi ardından tedavi yapılmayan bir iyileşme periyodunu gerektirir. Ancak çoğunun tamamlanması 3-6 ay sürmektedir (Allen ve diğ., 2013). Meme kanserinde uygulanan kemoterapiler 21-28 gün arayla 4 kez ya da 6 kez verilmektedir. Uygulanan kemoterapilerin süresi 10 dakika ya da 3-4 saat arasında değişiklik göstermektedir (Kaymakçı, 2011; Mandel, 2012; Pegram ve Casciato, 2012).

Kemoterapi tedavisi uygulama kararı için tümör boyutu, lenf nodlarına yayılım gösterip göstermediği, kanserin evresi gibi faktörler göz önünde bulundurulur (Ahlgren ve diğ., 2003).

Hormonal Tedavi

Meme kanseri tedavisindeki sistemik tedavilerden biri hormonal tedavilerdir. Hormonal tedavide metastatik meme kanserinin büyümesini ve yayılmasını durdurmak, meme kanserinin tekrarlamasını önlemek ve risk altındaki kadınlarda hormon reseptörü pozitif meme kanseri geliştirme riskini azaltmak amaçlanmaktadır (Ahlgren ve diğ., 2003). Hormonlar, başta meme

kanseri olmak üzere bazı kanser türlerinin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Endokrin tedavisi meme kanseri tedavisinde en yeni yöntemdir (Piccart ve diğ., 2002).

Östrojen ve progesteron reseptörleri tedavi protokolünde önemli rol oynarlar ve adjuvan endokrin tedaviye yanıtın en önemli belirleyicileridirler. Hormon tedavisi vücudun doğal hormonları bloke eder ya da tümörlerin büyümesine neden olan hormon seviyelerini düşürür, çünkü bazı kanser hücrelerinin büyümek için östrojene gereksinimi vardır (Buzdar, 1998).

Östrojen salınımı sıklıkla oral yolla alınabilen seçici östrojen reseptörü modülatörü olan Tamoksifen ya da aromataz engelleyici denilen cisimler yoluyla bloke edilmektedir (Çelik, 2007; Sönmez, 2012). Sık kullanılan Tamoksifen, zayıf östrojenik etkili antiöstrojen bir ajandır. Hücrede östrojen reseptörüne bağlanarak, bloke ederek, östrojen hormon düzeyini düşürerek etki eder (Altınbaş, 2000). Tedavide östrojen reseptörlerin bloke edilerek seviyesinin düşürülmesi, kanser hücrelerinin büyümesini durdurur (Allen ve diğ., 2013; Harmer, 2011; Okanlı, 2004).

Premenopozal dönemde de rutin meme kanseri tedavisinde hormonal tedavi olarak tamoksifen kullanılmaktadır. Tamoksifen meme kanseri olan hücrelerin östrojen reseptörüne bağlanarak, DNA replikasyonunu engelleyerek, kanser hücrelerinin ölmesini, tümörün küçülmesine neden olur. Tamoksifen ile tedaviye genellikle 5 yıl devam edilir. Postmenopozal Hormon Tedavisi sonrası Postmenopozal kadınlarda östrojen üretimi düşük seviyelerde de olsa devam eder (Çelik, 2007; Sönmez, 2012).

Çalışmalar, özellikle koltuk altı lenf nodu tutulumu olan hastalarda tamoksifen kullanımının sağ kalımı iyileştirdiği ve diğer memede tümör gelişme riskini %40 oranında azalttığı bildirilmektedir (Akyolcu ve diğ., 2019; Turna, 2006).

2.8. MASTEKTOMİ SONRASI MEME REKONSTRÜKSİYONU

Rekonstrüksiyon genellikle total mastektomi uygulanmış olan hastalara uygulanmaktadır (Günaydınlı ve Özlü, 2021).

Günümüzde rekonstrüksiyon yöntemlerinin gelişmesi ve rekonstrüksiyon endikasyonlarının daha iyi belirlenmesi mastektomi nedeniyle meme rekonstrüksiyonu tedavinin bir parçası haline gelmiştir (Baltacı ve Şelimen, 2008; Yücel ve Kurul, 2003).

Mastektomi uygulanmış veya uygulanacak olan her kadın meme rekonstrüksiyonu için adaydır. Meme rekonstrüksiyonun temel amacı, bir cinsel organını kaybetmiş, kendini çirkin, eksik, sakat algılayan kadının normal görünümünü geri kazanmasını sağlayarak; vücut bütünlüğünü korumak, psikolojik sorunları çözmek, kadının özgüven duygusunu yeniden kazandırmak ve sosyal yaşama uyum sağlamalarına yardımcı olmaktır (Borghesan ve diğ., 2014; Demir ve Bulut, 2010; Fingeret ve diğ., 2013).

Mastektomi sonrası yapılan meme rekonstrüksiyonu tipi yapılan mastektominin tipine bağlıdır. Uygulanan rekonstrüksiyon tipine ve ne zaman yapıldığına göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Meme rekonstrüksiyonları, uygulandığı zamana göre sekonder meme rekonstrüksiyonu (DBR-delayed breast reconstruction) ve primer meme rekonstrüksiyonunu (IBR-immediate breast reconstruction) olarak sınıflandırılır (Van Egnom ve diğ., 2021).

Meme rekonstrüksiyonu hastaların psikososyal iyiliği için en önemli girişimlerden biridir. Gelişen teknikler ve teknolojiler sayesinde artık hastanın kendi memesini anımsatan rekonstrüksiyonlar yapabilmek mümkündür. Uygun vakalarda mastektomi eşliğinde veya hemen sonra rekonstrüksiyon uygulanabilmektedir. Aynı seansta iki ameliyatın yapılması hem hastanın ameliyatı tek ameliyatla atlatmasına yardımcı olur hem de çıkarılan meme dokusunun yeri boş olmayacağı için psikolojik olarak iyi oluşunun korunmasına yardımcı olmaktadır (Cornelissen ve diğ., 2018; Yeter ve diğ., 2009).

2.9. MASTEKTOMİNİN BEDEN İMAJİ VE BENLİK SAYGISINA ETKİSİ

Meme kanserinde cerrahi yöntemler kadının beden imajının bozulmasına, benlik saygının azalmasına neden olarak kadınlık imajını olumsuz etkilemektedir. Meme ameliyatı kadınlar için en yıkıcı tedavilerden biri olarak kabul edilmektedir. Kadınları birçok yönden, özellikle de beden imajı yönünden olumsuz etkiler ve en az kanserin kendisi kadar travmaya neden olabilir (Taylan ve Kolaç, 2021).

2.9.1. BEDEN İMAJİ

İnsanın dış görünüşü insanların sosyal yaşamında önemli bir yere sahiptir. Beden imajı ise en temel olarak, kişinin kendi benliğine ilişkin algıları, kendini nasıl gördüğüdür (Kara ve

Eryılmaz, 2018). Beden imajı yaşamın evresine göre değişkenlik göstermekle beraber ergenlik döneminde ciddi önem kazanmakta, bireyin kendi bedeni ile ilgili algılarını kapsayan bir kavramdır (Oktan ve Şahin, 2010).

Beden imajı kavramı ilk olarak Schilder tarafından 1935 yılında bireyin vücudunun görüntüsü ve görünümü olarak tanımlamıştır. Bu kavramın fizyolojik süreçlerden etkilenmesine rağmen psikolojik ve sosyal deneyimlerden de etkilendiği ifade edilmiştir (Ertürk, 2006).

Price (1990) ise beden imajının kişinin gerçek beden, ideal beden ve toplumsal beden imajı arasındaki uyuma bağlı olup, benlik saygısı ve ruhsal sağlığın önemli bir parçası olarak kabul edilmesi gerektiğini öne sürmüştür (Erturhan Türk, 2017). Beden imajı sadece dış görünüşle ilgili olmamakla beraber kişinin kimlik ve kişiliğini şekillendirmesi süreçlerini etkilemekte ve bu süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Alebachew ve Ashagrie, 2017; Öner, 2015; Sağiroğlu, 2019).

Beden imajına ilişkin olumsuz düşüncelere sahip olan kişiler kendilerini kabul etmezler ve kendilerini kusurlu görürler. Kendisini beğenmeyen kendini kusurlu gören kişiler, sosyal ve mesleki yaşamlarında belirli zamanlarda veya her zaman güvensizlik, huzursuzluk ve değersizlik duyguları yaşarlar. Beden imgeleri, bireyin zihninde ve kendi bedeniyle ilişkili olarak oluşan düşüncelerdir. Beden imajı aslında bedenin kişinin zihni tarafından yorumlanmasıdır (Öner, 2015; Sağiroğlu, 2019).

Beden imajı kavramı, bedenle ilgili bilinçli olduğu kadar bilinç dışı düşünce, duygu ve algıları da içermektedir. Özellikle ergenlik gibi fiziksel görünüme fazlaca önem verildiği dönemlerde hızlı bedensel değişimlerin meydana gelmesi ve fiziksel görüntüye çok fazla önemin verildiği dönemlerde beden imajı çok daha önemli hale gelerek, sosyal ve psikolojik iyi oluşu etkilemektedir. Bir toplumun dini inançları, sosyal düşüncesi ve medya gibi faktörler beden imajı standartlarını şekillendirir (Alebachew ve Ashagrie, 2017; Sağiroğlu, 2019).

Beden imajı, eğitim, psikoloji ve sağlık alanlarında popüler bir konudur ve sadece beden ölçüleri kavramının ötesinde geniş kapsamlı etkileri vardır. Beden imajı tek boyutlu bir kavram olmamakla beraber temel olarak dört boyut altında incelenmektedir (Gleeson ve Frith, 2006; Oral, 2018).

Beden imajının boyutları şunlardır;

- Algısal beden imajı: Kişinin kendi bedeni ile ilgili düşüncelerini ifade etmekle beraber, her zaman doğru olmayabilir. Örneğin kendisini kilolu olarak tanımlayan kişi gerçekte kilolu olmayabilir.
- Duygusal beden imajı: Kişinin kendi bedeni ile ilgili sahip olduğu duygularıdır. Vücut bölümleri, kilo ve biçim ile ilgili olarak yaşanan mutluluk düzeyi veya mutsuzluk düzeyi duygusal beden imajını oluşturur.
- Bilişsel beden imajı: Kişinin kendi bedeni ile ilgili düşünceleri etkilidir. Örneğin, bireyin kaslı veya ince olması durumunda daha iyi hissedeceğini düşünmesidir.
- Davranışsal beden imajı: bireyin beden imajına bağlı olarak gösterdiği davranışlarıdır. Örneğin beden imajı ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olan biri sosyal yaşamdan uzaklaşmaya çalışacaktır (Carey ve Preston, 2019; Gleeson ve Frith, 2006; Sağıroğlu, 2019; Oral, 2018).

2.9.2. BEDEN İMAJİ VE MASTEKTOMİ

Beden imajı, bebeklikte başlayıp yaşam boyu devam eden psikolojik bir süreçtir (Denizgil ve Sönmez, 2015). Meme kanseri kadının sağlığını tehdit ederken, mastektomi dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturarak, öznel bir değerlendirme sonucu oluşan beden imajını büyük ölçüde etkilemektedir (Ata ve Vural, 2014; Okanlı, 2004; Örsel, 2008).

Beden imajı algısı, kişinin kendisi hakkındaki kişisel tutum ve inançlarını içeren benlik kavramının temel bileşenlerinden biridir. Dinamik bir süreç olarak beden imajı algısı, benlik saygısını ve yaşam kalitesini de etkileyen yeni algılar, deneyimler ve psikososyal sorunlarla sürekli değişmektedir (Akkaya ve diğ., 2011; Brandberg ve diğ., 2008; Grohan, 2006; Paiva ve diğ., 2013).

Beden imajı algısı, kadını dişi ve çekici hissettiren imajdır, ancak aynı zamanda kadınların kendilerini toplumsal cinsiyet rolleri ve sosyal ilişkiler bağlamında ifade etmelerini ve varoluşunu sunmalarını sağlar (Babacan Gümüş, 2006; Fobair ve diğ., 2006; Güzel, 2014).

Araştırmalar meme kanseri ve mastektominin vücut imajı sorunlarına neden olduğunu ve kadınların memenin olmayışını eşlerinin kabul etmeyeceği endişesini dile getirdikleri ve cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ifade edilmiştir (Andrzejczak ve diğ., 2013; Braude ve diğ., 2017; Koçan ve Gürsoy, 2016).

Literatürde benzer şekilde mastektominin beden imajı üzerine olumsuz sonuçları olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yılmaz (1992), mastektomi ve meme koruyucu cerrahi uygulanmış kadınlar ile yaptığı karşılaştırmalı çalışmada mastektomi uygulanan kadınların meme koruyucu cerrahi uygulanan kadınlardan daha düşük beden imajına sahip olduklarını göstermiştir. Benzer şekilde Uzun (2008), mastektomi uygulanan kadınların beden imajının sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğunu bulmuştur. Güler (2017), mastektomi uygulanan kadınların beden imajının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Erol (2014,) çalışmasında ameliyat öncesi beden imajı puan ortalamasının ameliyat sonrası anlamlı şekilde düştüğünü göstermiştir.

Mastektominin olumsuz etkilerine ek olarak kanser tedavisinin yan etkileri olan alopesi, kilo alma veya verme hastanın beden imajını etkilemektedir (Karamanoğlu ve Özer, 2008).

2.9.3. BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı, bireyin değer yargılarıyla beraber kendini algılaması sonucu ortaya çıkan görüş ve tutumlarıdır. Benlik saygısı kişinin kendisine güven ve saygı çerçevesinde değer vermesini içerir (Babacan Gümüş 2006; Morales-Sánchez ve diğ., 2021).

Benlik saygısı çocukluk döneminde ebeveynler tarafından şekillendirilmekle beraber en kritik evre ergenlik dönemidir. Benlik saygısı gerek günlük hayatta gerek hayata uyum konusunda şarttır. Benlik saygı düzeyi yüksek olan kişiler baş etme mekanizmaları yüksek ve topluma rahat uyum sağlayabilen kişilerdir. Benlik saygısı bireyin düşünce fikir ve tutumlarına da etkilemekte ve sonuç olarak kişinin yaşadığı gelişim ve sosyalleşme sorunlarının çözümünde yarar sağlamaktadır (Erşan ve diğ., 2009; Harputlu ve diğ., 2007; Saygılı ve diğ., 2017).

Benlik saygısı, psikolojik durumun bir göstergesi olduğu kadar tutumların, ihtiyaçların, başarıların ve yeteneklerin bir koşuludur (Hamurcu 2014; Polat 2014). Bireyin kendi farkındalığının ve değerlendirmesinin ve kişiliğinin dışa dönük ifadesinin kişisel bir göstergesi olan benlik kavramı, insan davranış ve tutumlarını derinden etkileyen psikodinamik bir yapıdır (Ayaz 2012).

Benlik saygısı, benlik kavramı, beden imajı, benlik saygısı ve benzeri faktörlerle doğrudan ilişkilidir. Kişinin beden imajında değişikliğe neden olan rahatsızlık benlik saygısını da etkiler (Van Den Berg ve diğ., 2010).

Kişi kendini mutsuz ve değersiz hissediyorsa, kişinin benlik saygısının düşük olduğu ve düşük benlik saygısı nedeniyle depresyonda olabileceği sonucuna varılabilir (Polat, 2014). Konunun uzmanları düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olmadığı, anksiyeteden psikoza kadar değişik ruhsal sorunların oluşumuna zemin hazırladığını belirtmişlerdir (Gültekin, 2003; Yiğit, 2010).

Benlik saygısı düşük olan kişilerin en genel özellikleri, olumlu algılamaları kabul etmemeleri, kendilerine zarar verecek davranışlar sergilemeleri, tedavi olmayı reddetmeleri, kendilerini sürekli eleştirmeleri, sürekli başarılı olamama korkusu yaşadıkları için sorumluluk almak istememeleridir. Bu kişiler çevreleriyle iletişim kurma sorunu yaşayabilir, diğer bireylerle göz teması kurmaktan kaçınabilirler (Ayaz, 2012; Erden, 2015; Yalçın, 2015).

Benlik saygı düzeyi yüksek kişiler ise daha etkin bir ruhsal gelişim yaşamakta ve topluma uyumu güçlü olan, sosyal olarak etkin bireylerdir (Ayaz, 2012; Saygılı ve diğ., 2015).

2.9.4. BENLİK SAYGISI VE MASTEKTOMİ

Meme kanseri, kadınların yaşam kalitesini bozan, sosyal hayatını, aile hayatını kökten etkileyen vücut bütünlüğünü tehdit eden ve kadının görünümünde çeşitli değişikliklere neden olan bir hastalıktır (Arıkan, 2000; Gümüş, 2006; Okanlı, 2004). Dış görünüşteki değişimler nedeniyle meme kanseri yaşayan kadınlarda beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu ile ilgili sorunlara neden olabilmektedir (Önen ve diğ., 2004).

Vücudumuzdaki herhangi bir yapıda, fonksiyon veya görüntü değişikliği beden algısında değişimlere neden olur (Hosseini ve Padhy, 2019). Fiziksel deformite ya da organ kayıplarında kişi hayatını, vücudunu, geleceğini ve amaçlarını tehdit altında hissetmesi sonucu bireyin beden algısı ve özgüveni olumsuz etkilenir, özgürlük ve yeterliliği kısıtlanması nedeniyle beden imajındaki değişiklikler benlik saygısı için bir tehdit olarak algılanabilir (Arıkan, 2000; Baider ve diğ., 2003; Schain, 1991). Bu nedenle bireylerde düşük benlik saygısı gelişir ve sonuç olarak, tedaviye uyumda zorlanabilir, benliğine yönelik olarak sıklıkla küçültücü ve eleştirici değerlendirmeler yapabilir, kendi sağlığına zarar verici davranışlar gösterebilir, başarısızlık korkusu bulunabilir, yeni sorumluluklar üstlenmede tereddüt yaşayabilir, göz teması kurmayıp, sorunlarını görmezlikten gelebilir ve başkalarıyla iletişim kurmada güçlük yaşayabilir (Yılmaz ve Ekinci, 2001).

Meme protezleri bu kaybı telafi ediyor gibi görünse de kadınlara bütünlük duygusu vermemekte veya beden imajının olumsuz etkilenmesini engellememektedir (Koçan ve Gürsoy, 2016). Sonuç olarak mastektomi uygulanan kişi, ameliyat sonrası uzun bir süre memelerine bakmakta, dokunmakta zorlandıklarını, aynaya bakmak istemediklerini ve hatta karanlıkta soyunup giyinmeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir (Önen Sertöz ve diğ., 2004).

Beden algısındaki değişiklikler ve düşük benlik saygısı, bireyleri cinsellik konusunda daha fazla endişelendirmektedir (Aygın ve Durat, 2005). Cinselliğin sürdürülmesi meme kanseri olan hastalarda da önemli bir işlev olması nedeniyle mastektomi cinsel sağlığı birçok açıdan etkiler ve bozulmasına neden olur. Meme kanseri genellikle diğer kanser türlerinden daha fazla cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir (Aygın ve Durat, 2005; Boswell ve Dizon, 2015).

Mastektominin hasta üzerindeki etkisi, hastanın kişisel başa çıkma tarzına, sorumluluklarına ve destek sistemine bağlıdır (Koçan ve Gürsoy, 2016). Sadece meme kanseri tanısı alan hastalar değil, hastaların aile üyeleri de kanser ve olumsuz sonuçlarından etkilenmektedirler. Meme kanseri olan kadınlarda ve onların eşlerinde depresyon, anksiyete, cinsel problemler, intihar girişimi, düşük benlik saygısı gibi olumsuz durumlar görülebilmektedir (Arıkan, 2000; Aygın ve Durat, 2005).

Mastektomi sonrası benlik saygısının düşük olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Tarkowska ve diğ., 2020; Sivaperumal ve diğ., 2019; Golusiński, 2018; Sun ve diğ., 2014; Curbow ve Somerfield, 2010; Cieślak ve; Marcopoulus ve diğ., 2009; Uçar ve Uzun, 2008; Mustain ve diğ., 2004; Sertöz ve diğ., 2004).

Kanmaz (2019), mastektomi uygulanan, rekonstrüksiyon uygulanan ve sağlıklı kadın grubu üzerinde yaptığı çalışmada mastektomi uygulanan grubun, rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların ve sağlıklı grubun benlik saygısı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermiştir.

TELEFONLA İZLEM VE MASTEKTOMİ

Telefonla hasta izlemi, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında iki yönlü iletişim sağlayan bir sistem olan sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişim teknolojisinin kullanımını ifade eder (Pazar ve diğ., 2015). Bilgisayar, İnternet, cep telefonu gibi teknolojik araçların

hasta eğitiminde kullanımı giderek daha yaygın hale gelmektedir (Snoswell ve diğ., 2020; Ventola, 2014).

Dünya Sağlık Örgütünün de sıklıkla belirttiği üzere sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak amacıyla teletıp uygulamalarının artırılması, kronik hastalıkların takibini kolaylaştırırken sağlık harcamalarının azaltılmasını da sağlayabilir. Telefonla izlem ve Web tabanlı eğitim gibi teknolojiler hasta bakımı ve tedavisinde çok etkili olabileceği gibi bu yolla yapılan hasta eğitimi, hastanın yaşam kalitesini artırarak hastaların hastaneye yatışlarını azaltabilir (Snoswell ve diğ., 2020; Ventola, 2014). Mobil teknolojilerin kullanımı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yenilikçi imkanlar getirmiştir. Mobil uygulamalar, bireylerin kendi sağlık ve esenliklerini yönetmelerine yardımcı olabilir ve ayrıca sağlıklı yaşam tarzlarını ve bilgi erişimlerini sağlayabilir (Cruz ve diğ., 2019).

Lenfödem riski ve ameliyat tarafındaki kolda gelişen komplikasyonlar mastektomi sonrası kadınlarda sık görülen fiziksel sorunlarından bazılarıdır. Mastektomi sonrası iyileşme birkaç ay sürse de fiziksel ve psikolojik etkileri aylarca sürebilir. Mastektomi sonrası kadınları bozulan beden imajı, cinsel sorunlar ve sosyal izolasyon nedeniyle kaygı düzeylerinin arttığı bilinmektedir. Bu sorunların önlenmesi ve takibi için evde bakım hizmetleri önemlidir. Mastektomi uygulanan kadınların evde bakımında; kol egzersizi, lenfödem ve dikkat edilmesi gerekenler, mastektomi sonrası kanser tedavisi, KKMM ve psikolojik destek gibi konularda destek verilmesi önemlidir (Gillespie ve diğ., 2018; Karamanoğlu ve Özer 2008; Türk ve Yılmaz, 2018).

Birçok ülkede, meme kanseri için küratif tedavi sonrası nüksü önlemek amacıyla uygulanan geleneksel klinik izlem, kanser nüksünün ve psikolojik sorunların saptanmasında çoğu zaman yetersizdir kalmaktadır. Literatürde mevcut klinik uygulamada bu hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı konusunda çok fazla tartışma vardır. Ayrıca bazı araştırmalar takip ziyaretlerinin ortalama süresinin altı dakika olduğu olduğunu ve psikososyal sorunların değerlendirilmesini içermediğini öne sürmüştür. Literatürde bu sorunun çözümü amacıyla mastektomi sonrası takip için hemşire liderliğinde telefonla takip gibi alternatif stratejiler önerilmiştir (Beaver ve diğ., 2009; Kimman ve diğ., 2010; Montgomery, 2008).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Araştırmanın Tipi

Bu araştırma mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez H1.1 : Telefonla danışmanlık ve izlem mastektomi uygulanan kadınlarda, danışmanlık ve izlem uygulanmayan kadınlara göre benlik saygısını artırır.

Hipotez H1.2 : Telefonla danışmanlık ve izlem mastektomi uygulanan kadınlarda, danışmanlık ve izlem uygulanmayan kadınlara göre beden imajını artırır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri; beden imajı, benlik saygısı.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri; yaş, medeni durum, eğitim, sosyo-ekonomik durum, ameliyat öncesinde alkol ve sigara kullanma durumu, beden kitle indeksi, ailede meme kanseri öyküsü, mastektomi uygulanma yılı, tek/bilateral mastektomi uygulanma durumu, meme rekonstrüksiyonu düşünme durumu, sütyen ve eksternal protez kullanma durumu, mastektomi sonrası ile ilgili eğitim almadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Mart 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Hastanesinde kayıtlı olan mastektomi uygulanmış kadın hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, kemoterapi ve radyoterapisi tamamlanan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 70 kadın hasta oluşturdu. Örneklem hesaplaması biyoistatistik uzmanı tarafından benzer araştırma (Akman, 2019) temel alınarak güç analizi uygulanarak hesaplandı. Hesaplama G*Power yazılımı (3.1.9.2 sürümü) ile yapıldı. Akman (2019)'ın benzer çalışması referans alınarak %5'lik hata payı ile %90 güven aralığında hesaplanan örneklem büyüklüğü 50 olarak bulundu. Kayıp riskine karşı, örnekleme 70 mastektomi uygulanmış kadın dahil edildi. Kadınların 35'i çalışma grubuna, 35'i ise kontrol grubuna rastgele atandı. Araştırma süreci boyunca deney grubundan üç kadın (hayatını kaybetme, metastaz gelişmesi nedeniyle, telefon takiplerine uyum sağlayamama nedeniyle) kontrol grubundan iki kadın (son ölçüm için ulaşılamama nedeniyle) çeşitli nedenlerle çalışmadan ayrıldı. Son ölçüm de deney grubu 32, kontrol grubu 33 kadın idi.

3.6. Randomizasyon

Dahil edilme kriterlerine uyan mastektomi uygulanmış kadınlar, basit randomizasyon yöntemi ile çalışma ve kontrol gruplarından birine rastgele atandı. Bu amaç için 'Quickcalcs graph pad' (<http://www.graphpad.com/quickcalcs/> Erişim tarihi: 10 Şubat 2021) bilgisayar programından yararlanıldı. Bu programda randomizasyon listesi oluşturulup, çalışma ve kontrol grubuna alınacak bireyler listelendi. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan ve mastektomi uygulanan çalışma kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar randomizasyon listesine göre çalışma ve kontrol grubuna dahil edildi (EK 14).

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Total mastektomi uygulanmış olması,
- Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin tamamlanmış olması,
- Türkçe bilmesi,
- Okuma-yazma bilmesi ve konuşabilmesi,
- Mobil telefon erişimi olması,
- İnternet erişimine sahip olması,

- Whatsapp, Viber, BİP, Telegram gibi sosyal iletişim ağlarından birini kullanıyor olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Meme koruyucu cerrahi uygulanmış olması
- Parsiyel mastektomi uygulanmış olması
- Meme rekonstrüksiyonu yapılmış olması
- Herhangi bir psikiyatrik tanısı olması olarak belirlendi.

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri; tanıtıcı özellikler bilgi formu (EK 1), Rosenberg benlik saygısı ölçeği (EK 2), beden imajı ölçeği (EK 3), telefonla izlem formu (EK 4), kısa mesaj takip çizelgesi (EK 5), telefon izlem değerlendirme formu (EK 6) ile toplandı.

3.7.1. “Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu” (EK 1)

Tanıtıcı özellikler bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taraması (Acar, 2009; Arslantaş, 2014; Çalışkan, 2009; Oral, 2018; Öztürk, 2013; Uzun, 2009; Polat, 2007; Sarıoğlu, 2018) ışığında hazırlanan, mastektomi uygulanan kadınların tanıtıcı özelliklerini ve mastektomi geçmişi özelliklerini belirlemeye yönelik 15 soru (yaş, medeni hal, meslek hayatı, eğitim, sosyo-ekonomik durum, ameliyat öncesinde alkol kullanma durumu, ameliyat öncesinde sigara kullanma durumu, beden kitle indeksi (BKİ), ailede meme kanseri alan birey varlığı, mastektomi uygulanma yılı, tek/her iki memeye mastektomi uygulanmış olma durumu, meme rekonstrüksiyonu düşünme durumu, sütyen ve eksternal protez kullanma durumu, mastektomi sonrası ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim alındı ise kimden alındığı) içermektedir.

3.7.2. “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” (EK 2)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ); Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak Çuhadaroglu (1986) tarafından adölesan grupta yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.75 olarak saptanmıştır. Daha sonra

Korkmaz (1996) tarafından yetişkin örnekleme geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Korkmaz 2019’ da Türkiye’de RBSÖ’yü likert tipi puanlamaya uygun olarak yetişkin ve genç yetişkin örnekleminde yeniden çalışarak pratik nedenlerle likert formatında dereceli olarak kullanıma sunmuştur. Bu yeni çalışmada 4 lü puanlama sistemi üzerinde güvenirlik , yapı ve kriter geçerliği analizleri 18 yaş ve üzeri bireyler için geniş bir örnekleme incelenmiştir. Cronbach alpha katsayısı genç yetişkin örneklem için 0.87, yetişkin örneklem için 0.80 olarak saptanmıştır. 4 dereceli puanlama ile 5 olumlu ve 5 olumsuz maddenin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçek puanlaması negatif yönlü 5 maddenin pozitif yöne çevrilmesiyle, toplamda 10 madde üzerinden toplam puan elde edilmektedir. Bu çalışmada maddeler 3 (tamamen uygun), 2 (uygun), 1 (uygun değil) ve 0 (hiç uygun değil) yönünde likert formatında puanlanmıştır. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri 0.80 bulundu. Yüksek puan yüksek benlik saygısını ifade etmektedir.

3.7.3. “Beden İmajı Ölçeği” (EK 3)

Beden İmajı Ölçeği (BİÖ), Secord ve Jourand (1953) tarafından geliştirilmiştir ve kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan, çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi hedeflemektedir. Hovardaoğlu (1993) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanan ölçeğin, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Ölçekte yer alan 40 maddenin her biri bir organ veya vücudun bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için 1-5 arasında puan verilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini gösterirken, kesme noktasının (135) altındaki puanlar beden imajına ilişkin doyumun düşüklüğüne işaret etmektedir. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri 0.91 bulundu (Hovardaoğlu, 1993).

3.7.4. “Telefon İzlem Formu” (EK 4)

Telefonla izlem görüşmelerinde hastalar arasındaki farkı ortadan kaldırmak ve görüşmeleri standardize etmek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden (Kavradım, 2018; Kes, 2017;

faydalanılarak oluşturulan 8 soru içeren izlem formu kullanıldı. Bu sorular; kendilerini nasıl hissettikleri, eğitim kitapçığına vakit ayırıp ayırmadığı, eğitimler ile ilgili söylemek istedikleri, kısa mesajları takip edip etmediği, son görüşmeden sonra herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığı, sormak istediği herhangi bir konu varlığı gibi hastanın konuşmasını teşvik edici sorulardı.

3.7.5. “Kısa Mesaj Takip Çizelgesi” (EK 5)

Deney grubunda olan hastalara her arama öncesi görüşmeleri hatırlatmak amacıyla kısa mesajlar gönderildi. Mesajların haftanın hangi günlerinde gönderileceği her hastaya özel belirlendi. Gönderilen mesajlar ve mesaj içerikleri kısa mesaj takip çizelgesine eklendi.

3.7.6. “Telefon İzlem Değerlendirme Formu” (EK-4)

Telefonla izlem uygulamaları sonlandıktan sonra deney grubundaki hastaların telefonla izlem etkinliğini değerlendirmeleri amacıyla hazırlanan 5 soruluk bir formdur. Bu form; telefon görüşmelerinin endişelerini azaltmaya yardımcı olması durumu, telefon görüşmelerinin bilgilendirici olma durumu, yaşanan sorunlar hakkında bilgi sahibi olmalarına yardımcı olma durumu, telefon görüşmelerinin destekleyici ve yönlendirici olma durumu, telefon görüşmelerinin daha iyi hissetlerini sağlama durumu gibi soruları içermekte idi.

3.7.7. “Yazılı materyallerin değerlendirilmesi formu ve DISCERN ölçeği” (EK 7)

Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu; Doak ve ark. (1995) tarafından sağlık kuruluşlarında hastalara yönelik kullanılan eğitim materyallerinin okuryazarlık açısından uygunluğunu yorumlamak amacı ile geliştirilmiştir. Ülkemizde ilk defa Gökdoğan ve ark. (2003) ile Demir ve ark. (2008) tarafından kullanılmıştır. Form, 27 sorudan, içerik (4 madde), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo ve liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ve motivasyon (3 soru), kültürel uygunluk (2 soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Form, maddelerin uygunluğuna Evet için 1 puan, Hayır için 0 puan verilerek toplam 1-27 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Formdan fazla puan alınması, eğitim materyalinin okunabilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Doak ve Meade, 1996).

DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçeği; eğitim materyalinin güvenilirliğinin ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ölçek, Charnock ve ark. (1997) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökdoğan ve ark. (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Ölçekten alınan 15 puan eğitim kitapçığının bilgi kalitesinin düşük olduğunu, 75 puan ise bilgi kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Gökdoğan ve ark., 2003).

3.8. Eğitim Kitapçığı (EK 9)

Mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini belirlemek amacıyla yapılan tez çalışması kapsamında mastektomi sonrası kadınlara uygulanmak üzere hazırlanan eğitim kitapçığı literatür taraması (Akkaş, 2002; Akyolcu ve Özbaş, 2018; Altay ve diğ., 2015; Arroyo ve diğ., 2011; Aslay ve diğ., 2007; Banlı ve diğ., 2005; Büyükkakıncak ve diğ., 2014; Cantürk ve Arıbal, 2007; Kankaya ve diğ., 2019; Kaymakçıoğlu, 2005; Temur ve Kapucu, 2018; Türk ve Atalay; Yeter ve diğ., 2009) yapılarak araştırmacı tarafında geliştirildi. Hazırlanan eğitim kitapçığında; meme kanseri tedavisi sonrası izlemin amaçları, mastektomi sonrası izlem, mastektomi sonrası kendi kendine meme muayenesi, mastektomi sonrası kol-omuz egzersizleri, mastektomi sonrası lenfödem, rekonstrüksiyon, eksternal protez ve sütyen kullanımı, geç komplikasyonlar, mamografi takipleri, kanser tedavisi, kanserde psikolojik destek ve psikoterapi ve sosyal destek ile ilgili konulara yer verildi (EK 9). Eğitim kitapçığının içeriği 6 uzman tarafından "Yazılı materyallerin uygunluğu formu ve DISCERN ölçeği" ile değerlendirildi (EK 15). Değerlendirme sonucu uzmanlar eğitim içeriğini yüksek derecede güvenilir buldu. Eğitimler yüz yüze yöntemle uygulanarak eğitim sonrası eğitim kitapçığı çalışmaya katılan kadınlara teslim edildi.

Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

	N	Minimum	Maximum	Mean	ss
YEM	6	11.00	26.00	20.3333	5.12510

Değerlendirme formundan alınabilecek maksimum puan 27'dir. En düşük puan veren uzman 11 puan verirken, en yüksek puan veren uzman ise 26 puan vermiştir. Tüm uzmanların verdiği

puanlara ait aritmetik ortalama 20,3 puan olup oldukça güvenilir olduğu görüldü. 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde altı uzmanın cevap ortalaması 75.1 puana denk gelmektedir.

Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu Geneline Ait Cronbach's Alpha Güvenirlik Puanı

N of Items	Cronbach's Alpha
27	.905

Uzmanların form maddelerine verdiği puanların sonucunda yapılan Cronbach's Alpha Güvenirlik Puanı .905 olup, yüksek derecede güvenilir olduğu görüldü.

DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçeği

Discern ölçeğine göre materyalin değerlendirilmesi (eğitim kitapçığı)

	N	Minimum	Maximum	Mean	ss
Discern	6	60.00	75.00	68.333	6.53197

Discern ölçeğine uzmanların verdiği en düşük puan 60, en yüksek puan ise 75'tir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 75'tir. Tüm uzmanlara ait aritmetik ortalama 68.3 puan'dır. Ölçek 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde altı uzmanın cevap ortalaması 91.06'a puana denk gelmektedir. Ölçeğe göre hazırlanan materyalin oldukça güvenilir olduğu görüldü.

Discern ölçeğine ait Cronbach's Alpha Güvenirlik Puanı

N of Items	Cronbach's Alpha
15	.88.7

Uzmanların discern ölçeği maddelerine verdiği puanların sonucunda yapılan Cronbach's Alpha Güvenirlik Puanı .88.7 olup, verilen cevapların yüksek derecede güvenilir olduğu bulundu.

En son soru genel güvenilir bulma soru 16

	N	Minimum	Maximum	Mean	ss
Discern	6	4.00	5.00	4.8333	.40825

Tüm uzmanların verdiği yanıtların aritmetik ortalaması 4.83 olup yüksek derecede güvenilir buldukları görülmektedir.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Meme kanseri nedeniyle mastektomi uygulanan kadınların iletişim bilgilerine ulaşmak için gerekli etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Onkoloji Hastanesi arşivindeki tüm dosyalar incelendi. Öncelikle meme kanseri vakaları dosyaları seçildi, daha sonra meme kanseri sonrası hangi cerrahinin uygulandığı tespit

edilerek meme koruyucu cerrahi, parsiyel mastektomi gibi cerrahi türleri ve mastektomi ile eş zamanlı rekonstrüksiyon uygulanan hastalar dışlanarak çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun kadınların dosyalarındaki bilgiler kayıt altına alındı. Vaka dosyalarından isim-soyisim, doğum tarihi, cerrahi girişim tipi, cerrahi yılı, kişinin ve bir yakınının telefon numarası ve adres bilgileri kayıt altına alınarak arşivdeki tüm hastaların listesi yapıldı. Onkoloji Hastanesi arşiv dosyaları incelemesi sonucu çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplam 115 mastektomi uygulanan kadının bilgilerine erişim sağlandı ve bilgileri listelendi. Daha sonra randomizasyon yöntemi uygulanarak hastalar deney ve kontrol grubuna atandı. İletişim bilgileri ile hastalara ulaşılarak çalışma hakkında detaylı bilgi verildi ve öncelikle sözlü izinleri alındı. İlk görüşmede yazılı izinleri alındı.

Deney Grubu

Deney grubuna alınan kadınlar telefon ile arandı, çalışma hakkında detaylı bir şekilde bilgi verilerek sözlü izinleri alındı. Tez çalışması kapsamında verilecek eğitimin yüz yüze olması nedeniyle kişilerden adres bilgileri alındı ve yüz yüze eğitim amacıyla gün ve saat belirlendi.

İlk görüşmede ev ziyareti ile öncelikle yazılı izinleri alındı. Ardından “tanııcı özellikler bilgi formu” araştırmacı tarafından dolduruldu. İlk ölçüm kapsamında “beden imajı ölçeği” ve “Rosenberg benlik saygısı ölçeği” araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu.

İlk ölçümler uygulandıktan sonra aynı görüşmede mastektomi sonrası eğitimi yüz yüze verildi. Hasta soruları cevaplandırıldı. Yüz yüze verilen eğitim ortalama olarak 60 dakika sürdü. Eğitim kitapçığı kadınlara teslim edildi.

Yüz yüze verilen eğitimin ardından hastalara ilk ay her hafta olmak üzere iki ay boyunca on beş günde bir olmak üzere toplamda 6 kez telefonla izlem uygulanarak danışmanlık ve eğitim uygulamaları devam etti. Her telefonla izlem sırasında sözel olarak telefon ile görüşme formu dolduruldu. Telefonla izlem uygulamalarında arama günleri her hasta ile hastaya özel olarak belirlendi. Hastaların hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, cinsel terapi uzmanları gibi uzmanlardan danışmanlık alma ihtiyaçları halinde hastanın doktoru ile görüşülerek gerekli

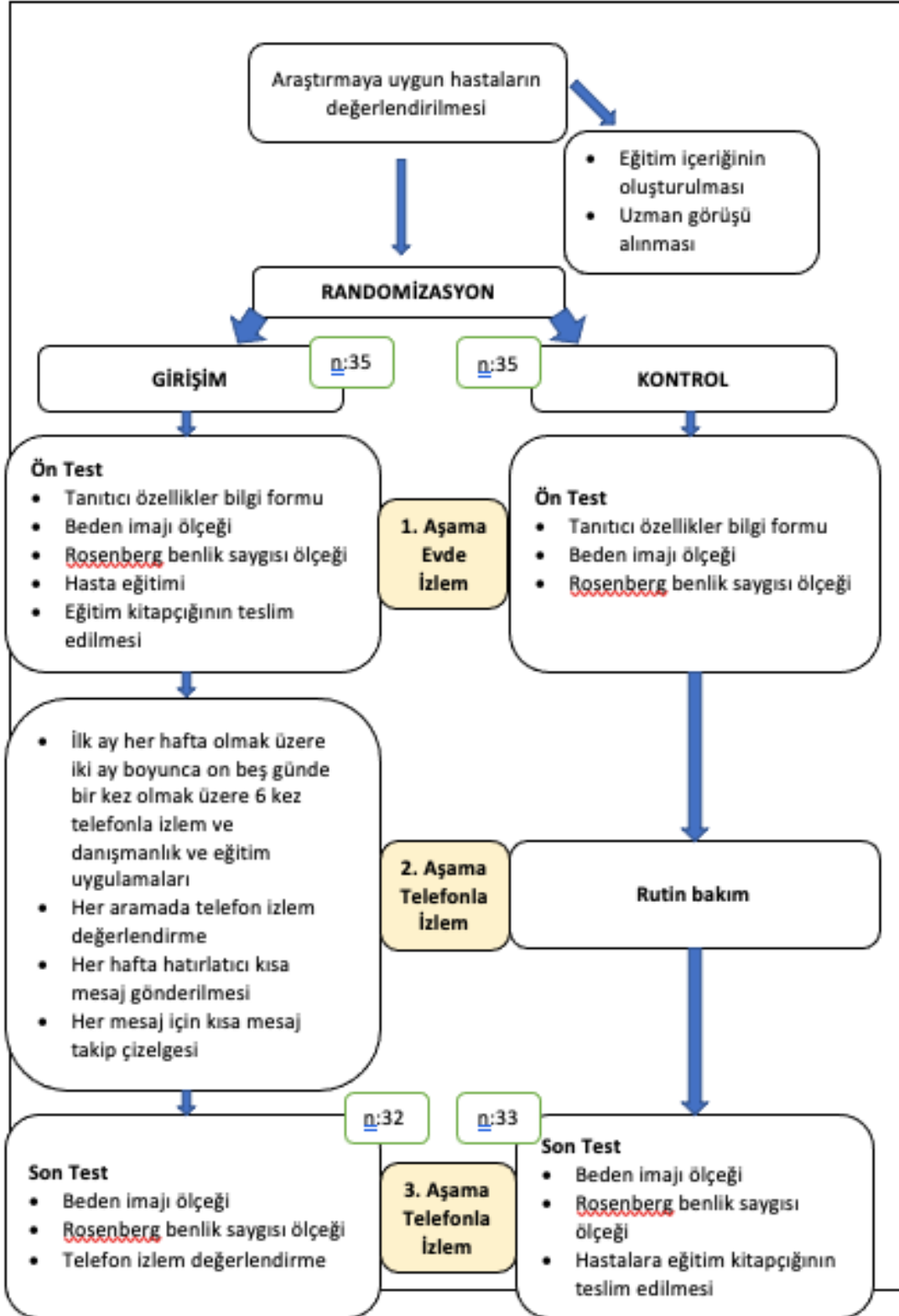
yönlendirmeler yapıldı. Rekonstrüksiyon tercihinde bulunmayan hastalar için alternatif olarak eksternal protez uygulamaları hakkında tekrar bilgilendirme yapıldı. Hastalara her hafta hatırlatıcı kısa mesajlar gönderildi. Tüm kısa mesajlar kısa mesaj takip çizelgesine işlendi. Hastalar araştırmacı tarafından yapılan aramalar dışında danışmanlık almak için arayabileceği konusunda bilgilendirdi, bu nedenle ihtiyacı olan hastalarla kontrollü telefon görüşmeleri dışında ekstra görüşmeler de yapıldı. Telefon görüşmeleri 10-55 dakika kadar sürdü. İki ayın sonunda hastanın kullandığı sosyal iletişim ağı üzerinden ilk ölçüm kapsamında ölçekler yeniden gönderilerek cevaplanması sağlandı. Deney grubuna tüm telefon görüşmeleri sonrası telefonla izlem değerlendirme formunun cevaplanması sağlandı.



Kontrol Grubu

Kontrol grubuna alınan kadınlara çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı izinleri alındı. Kontrol grubuna alınan kadınlara izinleri alındıktan sonra araştırmacı tarafından ilk ölçüm kapsamında ölçekler sosyal iletişim ağları üzerinden uygulandı. Bu araştırmada kontrol grubunda yer alan kadınlara araştırmacı tarafından herhangi bir girişim uygulanmadı. İlk görüşmeden ik ay sonra hastanın kullandığı sosyal iletişim ağı üzerinden son ölçüm kapsamında uygulanacak ölçekler yeniden gönderilerek cevaplaması sağlandı. Çalışma sonunda genel eğitim materyalleri kontrol grubunda bulunan hastalar ile de paylaşıldı.

Araştırma Süreci



Şekil 3.1: Tez araştırması süreci

3.10. Verilerin İstatistik Değerlendirilmesi

Sonuçlar değerlendirilirken istatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Her bir sürekli değişkenden elde edilen değerlerin normal dağılıp dağılmadığını betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Sürekli değişkenlerden elde edilen sonuçların normallliğini istatistiksel yöntemlerle test etmek için Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma vb.) yanı sıra, nicel verilerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız Örneklem t testi (normal dağılım gösteren verilerde) ve Mann-Whitney U testi (normal dağılım göstermeyen verilerde) ile; ikiden fazla grup karşılaştırmalarda ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) veya parametrik olmayan karşılığı Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (Bonferroni düzeltmesi ve Tukey testi.) testleri kullanıldı. Gruplar arasındaki nitel karşılaştırmalarda Ki-Kare testleri (*Pearson Chi-Square*, *Continuity Correction*, *Fisher's Exact Testi*) kullanıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile bakıldı. İki grup tekrarlı ölçümlerde farklılığın test edilmesinde Wilcoxon testi (normal dağılım göstermeyen verilerde) ve İlişkili Örneklem t testi (normal dağılım gösteren verilerde) kullanıldı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p < 0,05$ altında değerlendirildi.

3.11. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın etik kurul onayı Kıbrıs İlim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Araştırma Enstitüsü Etik Kurulu'ndan alındı (Karar No: 28). Ardından Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Onkoloji Servisi'nden kurum izni alındı. Araştırmada kullanılan tüm ölçekler için yazarlardan izinler alındı (EK11, EK12, EK15). Araştırmaya katılan tüm kadınlardan sözlü ve yazılı izin alındı.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- lke nüfusu oranı nedeniyle hastaların mastektomi sonrası erken dönemde çalışmaya alınmaması çalışmanın sınırlılığıdır.



4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (N=65)

Özellikler	Toplam (N=65)	Deney (n=32)	Kontrol (n=33)	<i>t/χ²</i>	<i>p</i>
	n(%)	n(%)	n(%)		
Yaş, Ort.±SS	55,98±10,41	56,44±10,86	55,55±10,12	0,343 ^a	0,733
Yaş grup				0,000 ^c	0,999
≤50	20(30,8)	10(31,3)	10(30,3)		
>50	45(69,2)	22(68,8)	23(69,7)		
Medeni durum				0,125 ^c	0,723
Evli	47(72,3)	22(68,8)	25(75,8)		
Bekar	18(27,7)	10(31,3)	8(24,2)		
Çalışma durumu				0,814 ^c	0,367
Çalışıyor	27(41,5)	11(34,4)	16(48,5)		
Çalışmıyor	38(58,5)	21(65,6)	17(51,5)		
Eğitim durumu				11,749 ^b	0,003*
İlköğretim	19(29,2)	11(34,4)	8(24,2)		
Ortaöğretim	25(38,5)	17(53,1)	8(24,2)		
Yükseköğretim	21(32,3)	4(12,5)	17(51,5)		
Sosyo-ekonomik durum				4,595 ^c	0,101
Düşük	4(6,2)	4(12,5)	0(0,0)		
Orta	58(89,2)	27(84,4)	31(93,9)		
Yüksek	3(4,6)	1(3,1)	2(6,1)		
BKİ, Ort.±SS	26,14±4,10	26,77±4,78	25,52±3,27	1,232 ^a	0,222
BKİ grup				2,928 ^b	0,231
Normal	25(38,5)	11(34,4)	14(42,4)		
Kilolu	29(44,6)	13(40,6)	16(48,5)		
Obez	11(16,9)	8(25,0)	3(9,1)		
Sigara kullanımı				0,408 ^c	0,523
Evet	17(26,2)	10(31,3)	7(21,2)		
Hayır	48(73,8)	22(68,8)	26(78,8)		
Alkol kullanımı				- ^d	0,492
Evet	2(3,1)	0(0,0)	2(6,1)		
Hayır	63(96,9)	32(100,0)	31(93,9)		

*:p<0.05, **Ort**:Ortalama, **SS**:Standart sapma, **a(t)**:Bağımsız örneklem t Testi, **χ²**:Ki-Kare Testleri (*b*:Pearson Chi-Square, *c*:Continuity Correction, *d*: Fisher's Exact Testi)

Tablo 1’de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde; Araştırmaya meme kanseri tanısıyla mastektomi uygulanan ve ameliyat sonrası dönem takipleri devam eden 65 kadın dahil edildi. Nihai analiz işlemine, çalışma grubunda 32, kontrol grubunda ise 33 katılımcı dahil edildi. Katılımcıların ortalama yaşı $55,98 \pm 10,41$ (aralık, 35-81) yıl, %69,2’si 50 yaş üzeri grupta ve %72,3’ü evli, %44,6’sı kilolu idi. Katılımcıların %41,5’inin aktif olarak bir işte çalıştığı, %89,2’sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %26,2’sinin sigara, % 96,9’unun alkol kullanmadığı saptandı. Çalışma gruplarına göre yaş, medeni durum, BKİ, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). Fakat çalışma gruplarına göre katılımcıların eğitim durumunda istatistiksel olarak anlamlı derece bir farklılık vardı ($p = 0,003$). Kontrol grubunda, çalışma grubuna göre ilköğretim (kontrol,%24,2; deney%34,4) ve ortaöğretim (kontrol,%24,2; deney%53,1) eğitim düzeyine sahip katılımcı oranı daha düşük; yükseköğretim (kontrol,%51,5; deney%12,5) eğitim düzeyine sahip katılımcı oranı ise daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Kadınların Kanseri ve Tıbbi Geçmişi

Özellikler	Toplam (N=65)	Deney (n=32)	Kontrol (n=33)	<i>t/χ²</i>	<i>p</i>
	n(%)	n(%)	n(%)		
Ailede meme kanseri öyküsü				0,000 ^c	0,999
Evet	23(35,4)	11(34,4)	12(36,4)		
Hayır	42(64,6)	21(65,6)	21(63,6)		
Mastektomi sonrası geçen süre(yıl), Ort.±SS	8,46±5,24	7,44±4,16	9,45±6,01	1,577 ^a	0,120
Mastektomi sonrası geçen süre(yıl)				1,169 ^b	0,557
≤5 yıl	15(23,1)	8(25,0)	7(21,2)		
6-10 yıl	34(52,3)	18(56,3)	16(48,5)		
≥11	16(24,6)	6(18,8)	10(30,3)		
Mastektomi taraf				0,941 ^c	0,332
Tek taraf	51(78,5)	23(71,9)	28(84,8)		
Bilateral	14(21,5)	9(28,1)	5(15,2)		
Mastektomi sonrası dönem için eğitim alma durumu				0,000 ^c	0,999
Evet	23(35,4)	11(34,4)	12(36,4)		
Hayır	42(64,6)	21(65,6)	21(63,6)		
Eğitim veren kişi (n=23)**					
Hekim	18(78,3)	8(72,7)	10(83,3)	- ^d	0,640
Sosyal medya	3(13,0)	1(9,1)	2(16,7)	- ^d	0,999
Sosyal destek kuruluşu	5(21,7)	2(18,2)	3(25,0)	- ^d	0,999
Meme rekonstrüksiyonu yaptırma isteği				0,132 ^c	0,716
Evet	35(53,8)	16(50,0)	19(57,6)		
Hayır	30(46,2)	16(50,0)	14(42,4)		
Eksternal protezli sütyen kullanma durumu				0,000 ^c	0,999
Evet	48(73,8)	24(75,0)	24(72,7)		
Hayır	17(26,2)	8(25,0)	9(27,3)		

*:p<0.05, **Ort**:Ortalama, **SS**:Standart sapma, **a(t)**:Bağımsız örneklem t Testi, **χ²**:Ki-Kare Testleri (*b*:Pearson Chi-Square, *c*:Continuity Correction, *d*:Fisher's Exact Testi), **:Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 2’de katılımcıların %35,4’ünün ailesinde 1. veya 2. dereceden bir yakınında meme kanseri öyküsü olduğu; %78,5’ine tek taraf, %21,5’ine bilateral mastektomi uygulandığı; %35,4’üne mastektomi sonrası eğitim verildiği, eğitim verenlerin çoğunluğunun hekim olduğu (%78), %73,8’inin eksternal protezli sütyen kullandığı ve %53,8’inin mastektomi bölgesine plastik ve rekonstrüktif bir cerrahi işlem yaptırmak istediği mevcut verilerden saptanırken; katılımcıların meme kanseri tanısı üzerinden geçen zamanın ortalama $8,46 \pm 5,24$ (aralık, 1-27) yıl olduğu saptandı. Çalışma gruplarına göre katılımcıların kanser ve tıbbi geçmişine ilişkin özelliklerinin dağılımında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 3. Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) ve Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyleri(N=65)

		Madde sayısı	Ort.±SS	Ortanca (Aralık)	Cronbach's Alpha(α)
İlk izlem	BSÖ-Kendini Sevme	5	12,97±1,87	14(8-15)	0,640
	BSÖ-Özyeterlilik	5	11,15±3,13	12(4-15)	0,769
	BSÖ-Toplam	10	24,12±4,53	25(15-30)	0,817
Son izlem	BSÖ-Kendini Sevme	5	13,35±1,87	14(8-15)	0,608
	BSÖ-Özyeterlilik	5	11,63±3,10	12(4-15)	0,765
	BSÖ-Toplam	10	24,98±4,59	27(14-30)	0,820
İlk izlem	BİÖ	40	159,92±28,00	164(79-200)	0,943
Son izlem	BİÖ	40	160,49±28,05	162(83-200)	0,946

SS=Standart Sapma, Ort=Ortalama

Uygulama öncesi, katılımcıların BSÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde; ölçek toplam puanının $24,12 \pm 4,53$, kendini sevme alt boyut puanının $12,97 \pm 1,87$, özyeterlilik alt boyut puanının $11,15 \pm 3,13$ olduğu saptandı. Uygulama öncesi BSÖ toplam ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayılarının 0,64 ile 0,82 arasında değiştiği ve kabul edilebilir derecede güvenilir olduğu saptandı

Uygulama sonrası, katılımcıların BSÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde; ölçek toplam puanı $24,98 \pm 4,59$, kendini sevmeye alt boyut puanı $13,35 \pm 1,87$, özyeterlilik alt boyut puanı $11,63 \pm 3,10$ idi. Uygulama sonrası BSÖ toplam ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayılarının 0,61 ile 0,82 arasında değiştiği ve kabul edilebilir derecede güvenilir olduğu saptandı.

Uygulama öncesi ve sonrası katılımcıların BİÖ puan ortalamasının sırasıyla $159,92 \pm 28,00$ ve $160,49 \pm 28,05$ idi. Uygulama öncesi BİÖ Cronbach alfa (α) katsayısı 0,94, uygulama sonrası ise 0,95 olarak hesaplanırken; hesaplanan bu güvenilirlik düzeyinin yüksek derecede güvenilir olduğu saptandı.

Tablo 4. Çalışma Gruplarına Göre Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) ve Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamaları (N=65)

Ölçekler	Ölçüm zamanı	Deney	Kontrol	Z^a/t^b	p
		(n=32)	(n=33)		
BSÖ-Kendini Sevmeye	İlk Ölçüm	13,34 $\pm$ 1,60	12,61 $\pm$ 2,06	-1,340 ^a	0,180
	Son Ölçüm	13,97 $\pm$ 1,43	12,76 $\pm$ 2,08	-2,550 ^a	0,011*
	Z^c	-1,836 ^c	-1,016 ^c		
	p	0,066	0,310		
BSÖ-Özyeterlilik	İlk Ölçüm	11,97 $\pm$ 2,43	10,36 $\pm$ 3,54	-1,771 ^a	0,076
	Son Ölçüm	12,75 $\pm$ 2,31	10,55 $\pm$ 3,39	-2,647 ^a	0,008*
	Z^c	-2,680 ^c	-1,254 ^c		
	p	0,007*	0,210		
BSÖ-Toplam	İlk Ölçüm	25,31 $\pm$ 3,61	22,97 $\pm$ 5,06	-1,812 ^a	0,070
	Son Ölçüm	26,72 $\pm$ 3,28	23,30 $\pm$ 5,08	-2,805 ^a	0,005*
	Z^c	-2,666 ^c	-2,032 ^c		
	p	0,008*	0,042*		
BİÖ	İlk Ölçüm	162,06 $\pm$ 23,93	157,85 $\pm$ 31,68	0,604 ^b	0,548
	Son Ölçüm	164,09 $\pm$ 25,00	157,00 $\pm$ 30,70	1,020 ^b	0,312
	t^d	0,737 ^d	1,243 ^d		
	p	0,467	0,223		

*: $p < 0,05$; Z^a : Mann-Whitney U testi, Z^c : Wilcoxon testi, t^b : Bağımsız Örneklem t testi, t^d : İlişkili Örneklem t Testi

Tablo 4'te çalışma grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BSÖ kendini sevmeye alt boyut puan ortalamaları sırasıyla $13,34 \pm 1,60$ ve $13,97 \pm 1,43$ ve kontrol grubunda $12,61 \pm 2,06$ ve $12,76 \pm 2,08$ idi. Hem kontrol hem de deney grubunda uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi kendini sevmeye ilişkili benlik saygısı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,066$; $p=0,310$).

Uygulama öncesi çalışma grupları arasında kendini sevmeye ilişkili benlik saygısı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p=0,180$); uygulama sonrası deney grubunda yer alan katılımcıların kendini sevmeye ilişkili benlik saygısı düzeyinin ($13,97 \pm 1,43$), kontrol grubu katılımcıların kendini sevmeye ilişkili benlik saygısı düzeyinden ($12,76 \pm 2,08$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($Z=-2,550$; $p=0,011$).

Çalışma grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BSÖ özyeterlilik alt boyut puan ortalamalarının sırasıyla $11,97 \pm 2,43$ ve $12,75 \pm 2,31$ olduğu, uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi özyeterlilik düzeyinin uygulama sonrası anlamlı derecede arttığı saptandı ($Z=-2,680$; $p=0,007$). Kontrol grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BSÖ özyeterlilik alt boyut puan ortalamaları sırasıyla $10,36 \pm 3,54$ ve $10,55 \pm 3,39$ idi, uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi özyeterlilik düzeyinde anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,210$). Uygulama öncesi çalışma grupları arasında özyeterlilik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p=0,076$); uygulama sonrası deney grubunda yer alan katılımcıların özyeterlilik düzeyi ($12,75 \pm 2,31$), kontrol grubu katılımcıların özyeterlilik düzeyinden ($10,55 \pm 3,39$) anlamlı derecede daha yüksek idi ($Z=-2,647$; $p=0,008$).

Çalışma grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BSÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla $25,31 \pm 3,61$ ve $26,72 \pm 3,28$ idi ve uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi benlik saygısı düzeyi uygulama sonrası anlamlı derecede artmıştı ($Z=-2,666$; $p=0,008$). Kontrol grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BSÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla $22,97 \pm 5,06$ ve $23,30 \pm 5,08$ bulundu, uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi benlik saygısı düzeyinin uygulama sonrası anlamlı derecede arttığı ortaya çıktı ($Z=-2,032$; $p=0,042$). Uygulama öncesi çalışma grupları arasında benlik saygısı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p=0,070$); uygulama sonrası

deney grubunda yer alan katılımcıların benlik saygısı düzeyinin ($26,72 \pm 3,28$), kontrol grubu katılımcıların kendini sevmeye ilişkili benlik saygısı düzeyinden ($23,30 \pm 5,08$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($Z = -2,805$; $p = 0,005$).

Çalışma grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BİÖ puan ortalamalarının sırasıyla $162,06 \pm 23,93$ ve $164,09 \pm 25,00$ olduğubulundu, uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi beden imajı düzeyinin uygulama sonrası artmasına rağmen bu artışın istatistiksel olarak anlamlı derecede olmadığı saptandı ($p = 0,467$). Kontrol grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BİÖ puan ortalamalarının sırasıyla $157,85 \pm 31,68$ ve $157,00 \pm 30,70$ olduğu, uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi beden imajı düzeyinin uygulama sonrası sabit kaldığı saptandı ($p = 0,223$). Hem uygulama öncesi hem de uygulama sonrası çalışma grupları arasında beden imajı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 5. Tanıtıcı Özelliklere Göre Katılımcıların Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalaması

Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ)-Son Ölçüm								
Özellikler	n	Deney Ort.±SS	Z	p	n	Kontrol Ort.±SS	Z	p
Yaş grup			-1,153	0,249			-	
≤50	10	26,10±2,92			10	24,50±5,25	1,022	0,307
>50	22	27,00±3,46			23	22,78±5,03		
Medeni durum			-1,194	0,233			-	
Evli	22	26,23±3,53			25	24,08±4,64	1,285	0,204
Bekar	10	27,80±2,49			8	20,88±5,94		
Çalışma durumu			-0,583	0,560			-	
Çalışıyor	11	26,55±2,98			16	23,44±5,53	0,307	0,759
Çalışmıyor	21	26,81±3,50			17	23,18±4,79		

Eğitim durumu			-2,129	0,033*			-	
İlköğretim	11	24,82±3,87			8	20,50±5,21	1,791	0,073
Ortaöğretim ve üzeri eğitim	21	27,71±2,49			25	24,20±4,80		
BKİ grup			-0,341	0,733			-	
Normal	11	27,18±2,89			14	23,00±5,01	0,347	0,729
Kilolu/obez	21	26,48±3,52			19	23,53±5,25		
Sigara kullanımı			-1,050	0,294			-	
Evet	10	27,70±2,50			7	23,86±3,53	0,066	0,947
Hayır	22	26,27±3,55			26	23,15±5,47		

*:p<0,05; Z:Mann-Whitney U testi

Tablo 5'teki verilere bakıldığında, çalışma grubunda, katılımcıların eğitim düzeyine göre benlik saygısı düzeyinde anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı (Z=-2,129; p=0,033). Buna göre ilköğretim mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeyi (24,82±3,87) ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların benlik saygısı düzeyinden (27,71±2,49) daha düşüktü. Çalışma grubunda, eğitim düzeyi dışında katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre benlik saygısı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Kontrol grubunda, katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre benlik saygısı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 6: Kanser ve Tıbbi Geçmiş Özelliklerine Göre Katılımcıların Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalaması

Benlik Saygısı Ölçeği(BSÖ)-Son Ölçüm								
Özellikler	n	Deney			Kontrol			
		Ort.±SS	Z/ K-W_χ²	p	n	Ort.±SS	Z/ K-W_χ²	p
Ailede meme kanseri öyküsü			-2,190^a	0,029*			-1,483^a	0,138
Evet	11	28,18±2,96			12	21,67±5,05		
Hayır	21	25,95±3,25			21	24,24±4,97		
Mastektomi sonrası geçen süre(yıl)			0,722^b	0,697			1,228^b	0,541
≤5 yıl	8	26,50±2,39			7	21,43±5,29		
6-10 yıl	18	26,56±3,85			16	24,19±4,68		

≥ 11	6	27,50 $\pm$ 2,74		10	23,20 $\pm$ 5,69		
Mastektomi taraf			-0,934 ^a	0,350			-1,486 ^a 0,137
Tek taraf	23	26,26 $\pm$ 3,62		28	23,86 $\pm$ 5,04		
Bilateral	9	27,89 $\pm$ 1,90		5	20,20 $\pm$ 4,55		
Mastektomi sonrası dönem için eğitim alma durumu			-0,844 ^a	0,399			-0,150 ^a 0,881
Evet	11	26,18 $\pm$ 3,19		12	23,33 $\pm$ 5,69		
Hayır	21	27,00 $\pm$ 3,38		21	23,29 $\pm$ 4,84		
Meme rekonstrüksiyonu yaptırma isteği			-0,038 ^a	0,970			-0,950 ^a 0,342
Evet	16	26,81 $\pm$ 2,99		19	24,11 $\pm$ 4,62		
Hayır	16	26,63 $\pm$ 3,65		14	22,21 $\pm$ 5,63		
Eksternal protezli sütyen kullanma durumu			-0,903 ^a	0,366			-0,912 ^a 0,362
Evet	24	26,42 $\pm$ 3,46		24	23,71 $\pm$ 5,17		
Hayır	8	27,63 $\pm$ 2,67		9	22,22 $\pm$ 4,94		

*:p<0,05; a(Z):Mann-Whitney U testi, b(K-W χ^2): Kruskal Wallis-H Testi

Tablo 6’da çalışma grubunda, ailesinde 1. veya 2. dereceden bir yakınında meme kanseri olan katılımcıların benlik saygısı düzeyinin (28,18 $\pm$ 2,96), ailede meme kanseri öyküsü olmayan katılımcıların benlik saygısı düzeyinden (25,95 $\pm$ 3,25) anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlendi (Z=-2,190; p=0,029). Çalışma grubunda, aile öyküsü değişkeni dışında katılımcıların kanser ve tıbbi geçmiş özelliklerine göre benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılık yoktu (p>0,05).

Kontrol grubunda, katılımcıların kanser ve tıbbi geçmiş özelliklerine göre benlik saygısı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 7: Tanıtıcı Özelliklere Göre Katılımcılarım Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) Puan Ortalaması

Beden İmajı Ölçeği (BİÖ)-Son Ölçüm								
Özellikler	Deney				Kontrol			
	n	Ort.±SS	t	p	n	Ort.±SS	t	p
Yaş grup			<i>0,119</i>	<i>0,906</i>			<i>0,660</i>	<i>0,514</i>
≤50	10	163,30±24,07			10	162,40±34,80		
>50	22	164,45±25,96			23	154,65±29,26		
Medeni durum			<i>0,422</i>	<i>0,676</i>			<i>0,951</i>	<i>0,369</i>
Evli	22	162,82±22,02			25	160,96±23,48		
Bekar	10	166,90±31,75			8	144,63±46,75		
Çalışma durumu			<i>0,860</i>	<i>0,396</i>			<i>1,579</i>	<i>0,125</i>
Çalışıyor	11	158,82±32,14			16	165,50±31,20		
Çalışmıyor	21	166,86±20,71			17	149,00±28,83		
Eğitim durumu			<i>0,176</i>	<i>0,861</i>			<i>0,039</i>	<i>0,969</i>
İlköğretim	11	163,00±24,98			8	157,38±20,85		
Ortaöğretim ve üzeri eğitim	21	164,67±25,60			25	156,88±33,61		
BKİ grup			<i>1,215</i>	<i>0,234</i>			<i>0,305</i>	<i>0,762</i>
Normal	11	170,09±13,28			14	155,07±32,23		
Kilolu/obez	21	160,95±29,16			19	158,42±30,33		
Sigara kullanımı			<i>0,481</i>	<i>0,634</i>			<i>0,150</i>	<i>0,882</i>
Evet	10	160,90±31,44			7	155,43±30,26		
Hayır	22	165,55±22,17			26	157,42±31,39		

p>0,05; *t*:Bağımsız Örneklem t testi

Tablo 7 incelendiğinde, hem çalışma hem de kontrol grubunda, katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre beden imajı düzeylerinde anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 8: Kanser ve Tıbbi Geçmiş Özelliklerine Göre Katılımcıların Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) Puan Ortalaması

Beden İmajı Ölçeği (BİÖ)-Son Ölçüm								
Özellikler	n	Deney			n	Kontrol		
		Ort.±SS	t/F	p		Ort.±SS	t/F	p
Ailede meme kanseri öyküsü			1,652 ^a	0,109			0,163 ^a	0,872
Evet	11	173,91±23,63			12	158,17±30,59		
Hayır	21	158,95±24,67			21	156,33±31,49		
Mastektomi sonrası geçen süre(yıl)			0,906 ^b	0,415			1,828 ^b	0,178
≤5 yıl	8	155,50±28,60			7	175,57±24,21		
6-10 yıl	18	169,17±17,51			16	154,25±29,32		
≥11	6	160,33±38,20			10	148,40±34,10		
Mastektomi taraf			0,137 ^a	0,892			1,818 ^a	0,079
Tek taraf	23	164,48±25,17			28	160,96±29,48		
Bilateral	9	163,11±26,03			5	134,80±30,78		
Mastektomi sonrası eğitim alma durumu			0,590 ^a	0,560			2,507 ^a	0,018*
Evet	11	160,45±33,35			12	173,42±20,01		
Hayır	21	166,00±20,03			21	147,62±32,14		
Meme rekonstrüksiyonu yaptırma isteği			0,258 ^a	0,798			2,254 ^a	0,031*
Evet	16	162,94±23,42			19	166,74±25,26		
Hayır	16	165,25±27,21			14	143,79±33,30		
Eksternal protezli sütyen kullanma durumu			0,627 ^a	0,536			1,152 ^a	0,258
Evet	24	165,71±23,92			24	160,75±32,25		
Hayır	8	159,25±29,19			9	147,00±24,99		

*: $p<0,05$; t:Bağımsız Örneklem t testi; F:ANOVA(Varyans) Analizi

Kanser ve tıbbi geçmiş özelliklerine göre katılımcıların uygulama sonrası Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) puan ortalamalarına bakıldığında, çalışma grubunda, katılımcıların kanser ve tıbbi geçmiş özelliklerine göre beden imajı düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmadı($p>0,05$).

Kontrol grubunda, mastektomi sonrası döneme uyum için eğitim alan katılımcıların beden imajı düzeyinin (173,42±20,01), eğitim almayan katılımcıların beden imajı düzeyinden (147,62±32,14) anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlendi ($t=2,507$; $p=0,018$). Benzer

şekilde kontrol grubunda, mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yaptırmak isteyen katılımcıların beden imajı düzeyinin ($166,74 \pm 25,26$), meme rekonstrüksiyonu yaptırmak istemeyen katılımcıların beden imajı düzeyinden ($143,79 \pm 33,30$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlemlendi ($t=2,254$; $p=0,031$).

Tablo 9. Sürekli Değişkenler (Yaş, BKİ ve Tanı Üzerinden Geçen Zaman) ile Ölçek (BİÖ ve BSÖ) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

Özellikler	Test	BSÖ		BİÖ	
		Deney	Kontrol	Deney	Kontrol
Yaş	<i>r</i>	0,222 ^b	-0,316	-0,010 ^a	-0,434
	<i>p</i>	0,222	0,073	0,956	0,012*
BKİ	<i>r</i>	0,101 ^b	0,229	-0,125 ^a	-0,086
	<i>p</i>	0,582	0,199	0,495	0,632
Mastektomi sonrası geçen süre (yıl)	<i>r</i>	0,186 ^b	0,073	0,064 ^a	-0,340
	<i>p</i>	0,307	0,688	0,727	0,053

*: $p < 0,05$; **a(r)**:Pearson korelasyon testi; **b(r)**:Spearman korelasyon testi
BİÖ:Beden İmajı Ölçeği, **BSÖ**:Benlik Saygısı Ölçeği

Tablo 9’da yaş, BKİ ve tanı üzerinden geçen zaman ile BİÖ ve BSÖ puanları arasındaki ilişki düzeyine yer verildi. Çalışma ve kontrol gruplarında; yaş, BKİ ve tanı üzerinden geçen zaman ile katılımcıların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı ilişki varlığı saptanmadı ($p > 0,05$).

Çalışma grubunda; yaş, BKİ ve tanı üzerinden geçen zaman ile katılımcıların beden imajı düzeyleri arasında anlamlı ilişki varlığı izlenmedi ($p > 0,05$). Kontrol grubunda; katılımcıların yaşı ile beden imajı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı saptandı ($r = -0,434$; $p = 0,012$). Kontrol grubunda katılımcıların yaşları arttıkça beden imajı düzeyleri azalmaktaydı.

Tablo 10: Ölçek (BİÖ ve BİÖ) Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

		Test	BSÖ-İlk Ölçüm	BSÖ-Son Ölçüm	BİÖ-İlk Ölçüm
Deney(n=32)	BSÖ-Son Ölçüm	<i>r</i>	0,580 ^b		
		<i>p</i>	0,001*		
	BİÖ-İlk Ölçüm	<i>r</i>	0,044 ^b	0,333 ^b	
		<i>p</i>	0,812	0,063	
	BİÖ-Son Ölçüm	<i>r</i>	0,145 ^b	0,434 ^b	0,798 ^a
		<i>p</i>	0,430	0,013*	<0,001*
		Test	BSÖ-Ön Test	BSÖ-Son Test	BİÖ-Ön Test
Kontrol(n=33)	BSÖ-Son Ölçüm	<i>r</i>	0,972 ^b		
		<i>p</i>	<0,001*		
	BİÖ-İlk Ölçüm	<i>r</i>	0,380 ^b	0,338 ^b	
		<i>p</i>	0,029*	0,055	
	BİÖ-Son Ölçüm	<i>r</i>	0,368 ^b	0,322 ^b	0,993 ^a
		<i>p</i>	0,035*	0,068	<0,001*

*:p<0,05; **a(r)**:Pearson korelasyon testi; **b(r)**:Spearman korelasyon testi

BİÖ:Beden İmajı Ölçeği, **BSÖ**:Benlik Saygısı Ölçeği

Tablo 10'da Ölçek (BİÖ ve BİÖ) puanları arasındaki ilişki düzeyine yer verildi.

Yapılan korelasyon analizi sonucu ölçek puanları arasında aşağıdaki bulgulara ulaşıldı;

- Çalışma grubunda, katılımcıların uygulama öncesi benlik saygısı düzeyi ile uygulama sonrası benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı mevcuttu ($r=0,580$; $p=0,001$). Çalışma grubunda uygulama öncesi, katılımcıların benlik saygısı arttıkça uygulama sonrası benlik saygısının da arttığı belirlendi.
- Çalışma grubunda, katılımcıların uygulama öncesi beden imajı düzeyi ile uygulama sonrası beden imajı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı ($r=0,798$; $p<0,001$). Çalışma grubunda

uygulama öncesi, katılımcıların beden imajı arttıkça uygulama sonrası beden imajının da arttığı belirlendi.

- Çalışma grubunda, katılımcıların uygulama sonrası beden imajı düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı tespit edildi ($r=0,434$; $p=0,013$). Çalışma grubunda uygulama sonrası, katılımcıların beden imajı arttıkça benlik saygısının da arttığı belirlendi.
- Kontrol grubunda, katılımcıların uygulama öncesi benlik saygısı düzeyi ile uygulama sonrası benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardı ($r=0,972$; $p<0,001$). Kontrol grubunda uygulama öncesi, katılımcıların benlik saygısı arttıkça uygulama sonrası benlik saygısının da arttığı belirlendi.
- Kontrol grubunda, katılımcıların uygulama öncesi benlik saygısı düzeyi ile uygulama öncesi ($r=0,380$; $p=0,029$) ve uygulama sonrası ($r=0,368$; $p=0,035$) beden imajı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı gözlemlendi. Kontrol grubunda uygulama öncesi, katılımcıların benlik saygısı arttıkça uygulama öncesi ve uygulama sonrası beden imajı da artıyordu.
- Kontrol grubunda, katılımcıların uygulama öncesi beden imajı düzeyi ile uygulama sonrası beden imajı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı mevcuttu ($r=0,993$; $p<0,001$). Kontrol grubunda uygulama öncesi, katılımcıların beden imajı arttıkça uygulama sonrası beden imajının da arttığını göstermekteydi.

Tablo 11: Deney Grubunun Telefon Görüşmelerine Yönelik Görüşleri

Deney grubu tarafından telefon ile izlem sürecinin değerlendirilmesi	n	%
Endişe Azaltma		
Evet	30	93,8
Hayır	2	6,3
Bilinçlendirici Bulma		
Evet	30	100,0
Hayır	0	0,0
Destekleyici ve Yönlendirici Bulma		
Evet	30	100,0
Hayır	0	0,0
Daha İyi Hissetmelerini Sağlama		

Evet	28	87,5
Hayır	2	6,3
Kısmen	2	6,3

Tablo 11’de Deney grubunda telefon görüşmelerine yönelik katılımcıların görüşlerinin dağılımına yer verildi. Deney grubundaki katılımcıların %93.8’i telefon görüşmelerinin endişelerini azalttığını belirtti. Deney grubundaki tüm katılımcılar telefon görüşmelerini bilgilendirici, destekleyici ve yönlendirici bulduğunu ifade etti. Deney grubunun %87.5’i telefon görüşmeleri ile daha iyi hissettiğini belirtirken, %6.3’ü hissetmediğini, %6.3’ü ise kısmen daha iyi hissettiğini belirtti.

5. TARTIŞMA

Mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü çalışmadan elde edilen bulgular, beş başlık altında artışıldı:

- Tanıtıcı özelliklerin Benlik Saygısı ve Beden İmajına Etkisinin Tartışılması
- Benlik Saygısına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Beden İmajı Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Verilen Eğitim ve Telefonla İzlemin Beden İmajı, Benlik Saygısına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Beden İmajı ve Benlik Saygısı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1. Tanıtıcı Özelliklerin ve Araştırma Değişkenlerinin Benlik Saygısı ve Beden İmajı Ölçeği ile Tartışılması

Erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlarda yaşam boyu meme kanseri gelişme riski yaklaşık 100 kat daha fazladır. Kadın olmanın yanı sıra artan yaş en önemli risk faktörüdür. Her sekiz kadından birinin yaşamı boyunca meme kanserine yakalanacağı tahmin edilmektedir. Meme kanseri riski %25-30 menapoz öncesi, %70-75 menapoz sonrası ortaya çıkmaktadır (MHDF, 2007). Meme kanserinin görülme sıklığının yaşla arttığı bilinmekte olup, bu kanser türünün görülme sıklığı 30 yaş öncesi oldukça nadirken ileriki yaşlarda bu oran oldukça artış göstermektedir. Özellikle 60'lı yaşlarda meme kanseri riski en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Meme kanseri ile ilgili yapılan araştırmalarda hastaların alt yaş sınırı 30-35 arasında, üst yaş sınırının ise 64-81 arasında değiştiği gösterilmiştir (Göktaş, 2008). Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu 50 yaş üstü idi. Literatüre bakıldığında da meme kanserinin kadınlarda çoğunlukla 50 yaş üzerinde ortaya çıktığı görülmektedir (Erol ve Karayurt, 2014; Uçar, 2008; Kamsız, 2008). Çalışmadan elde edilen sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kadının cinselliğini simgeleyen, beden bütünlüğünü bozan bir organını kaybetmesi beden algısında değişimlere neden olur (Hosseini ve Padhy, 2019; Arıkan, 2000; Baider ve diğ., 2003; Schain, 1991). Yaşın benlik saygısına etkisi ile ilgili çalışmalar çeşitlilik göstermektedir. Sebastián ve ark. (2008), Eroğlu (2017)'nin çalışmalarında yaş değişkeninin benlik saygısına etkisi olmadığı ifade edilmiştir. Ancak zıt çalışmalar da mevcuttur (Mete, 2009; Bican, 2019; Uçar ve Uzun, 2008). Mevcut çalışmadan elde edilen hem kontrol grubunda hem de deney grubunda yaşın benlik saygısını etkilemediği sonucu Sebastian ve Eroğlu'nun çalışmalarına benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada yaş ile beden imajı arasında da anlamlı ilişki bulunmadı. Yapılan çalışmaya benzerlik gösteren Sebastián ve ark. (2008), içlerinde mastektomi de uygulanan kadınlar üzerinde psikososyal müdahale program ve izlem uygulanmış, deney grubunda bu çalışma ile paralel olarak beden imajına yaşın etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Ancak Koçan (2018) Meme kanseri cerrahisi uygulanan kadınlarla yapmış olduğu çalışmada beden imajının yaşlara göre etkisine bakmış ve daha genç olan hastaların beden imajı puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Literatürde pek çok çalışma mastektomi uygulanan genç kadınların beden imajı sorunlarını daha çok yaşadıklarını göstermiştir, yaşın ilerlemesiyle beden imajı ile ilgili şikayetlerin azaldığı belirtilmiştir (Chow ve diğ., 2016; Esnaola ve diğ., 2010; Koçan ve Gürsoy, 2016; Uçar ve Uzun, 2008).

Türkiye'de doğum oranları son 25 yılda sürekli bir azalma göstermektedir. Eğitimli ve çalışan kadınların daha geç yaşta çocuk sahibi olduğu görülmektedir (<http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: 20.04.2022; Özgür, 2004). Ancak ilk gebeliğin ileri yaşlarda (> 30 yaş) olması bilinen bir meme kanseri risk faktörüdür (Bilal, 2012).

Katılımcıların eğitim düzeyine göre benlik saygısı düzeyinde anlamlı derecede farklılık vardı. İlköğretim mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeyi ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların benlik saygısı düzeyinden daha düşüktü. Kontrol grubunda eğitim düzeyi yüksek olan kadınların sayısının fazla olması ve fark olmasına rağmen deney grubunda uygulanan eğitim ve telefonla izlemler sonucu ortaöğretim ve yüksek öğretim düzeyine sahip kadınların benlik saygısı puanları yüksek düzeyde bir artış gösterdi. Benzer şekilde Mete (2021) yapmış olduğu çalışmada kadınlardan üniversite mezunu olanların benlik saygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sertöz ve arkadaşlarının (2004) eğitimin benlik saygısını etkilediği, Uçar (2008)'in mastektomi uygulanan kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe benlik

saygısının arttığı sonucu çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Bu sonuçlar araştırmanın geneline bakıldığında eğitim seviyelerinin yüksek olmasının benlik saygısı düzeyini etkilediğini destekler niteliktedir. Literatürde eğitim düzeyinin benlik saygısı üzerine etkisinin olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi eğitimin benlik saygısı üzerine etkisinin olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Duran, 2018; Eroğlu, 2017, Arslantaş, 2014; Sebastián ve diğerleri, 2008)

Mastektomi sonrası beden imajında değişim meydana gelmesi, memenin kadın tarafından algılanma şekline, toplumdan gelen tepkilere, kadının özelliklerine göre değişiklikler gösterebilmektedir (Başkaya, 2019). Koçan (2018) eğitim düzeyi yüksek olan kadınların beden imajı puanlarının eğitim sonrası arttığını, okur yazar kadın grubunda herhangi bir artış olmadığını belirtmiştir. Mevcut çalışma ile benzerlik gösteren Sebastián ve diğerleri (2008)'nin bulduğu sonuç, eğitimin beden imajına etkisi olmadığını göstermektedir.

Meme kanseri için risk faktörlerinden biri de sosyo-ekonomik durumdur. Hastaların sosyo-ekonomik koşullarına bağlı olarak yaşadıkları lokasyon, ev halkı gelir düzeyi ve sağlık sigortası gibi değişkenlerin hastaların erken tanı/tanı olanaklarından faydalanmaları ve tedavi seçenekleri üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Kuzhan ve Adlı, 2015). Kuzhan ve Adlı (2015), meme kanserli 813 hasta ile yapmış olduğu çalışmada ekonomik gelir düzeyinin artmasıyla tarama amaçlı mamografi görüntülemesi oranının daha çok arttığı sonucuna ulaşmıştır. Düşük ekonomik gelir düzeyine sahip hastalarda bu oran %2 iken, yüksek gelirli hastalarda %8'e yükselmiştir. Ayrıca bireylerin sosyal güvence imkanlarına sahip olmamasının koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanması ve tarama testlerine ulaşması konusunu olumsuz etkileyerek kanser görülme sıklığını arttırdığı ifade edilmektedir (Carrasquillo ve Pati, 2004; Taşkın, 2003). Gelir düzeyinin benlik saygısı ve beden imajı üzerinde etkisi olmadığını bulan çalışmalar da mevcuttur (Mete ve Beydağ, 2021; Koçan, 2018; Sebastián ve diğerleri, 2008). Bunun aksine çalışmalarda gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin daha yüksek olduğu da bildirilmektedir (Başkaya, 2019; Clarke ve diğ., 2002; Kuzhan ve Adlı, 2015, Lehrer ve diğ., 2016).

Meme kanseri için değiştirilebilecek risk faktörlerden biri olan obezitenin, özellikle postmenopozal meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir (Koçak ve ark., 2011; Yılmaz ve Atak, 2014). Bu çalışmaya katılan meme kanseri nedeniyle mastektomi uygulanan kadınların BKİ düzeyleri incelendiğinde yarıya yakını kilolu, bir kısmı da obezdi. Çalışma sonucu literatür

bilgisi ile uyumlu bulundu. La Vecchia ve ark (1997) meme kanseri ve yüksek BKİ arasında güçlü bir ilişki bulmuştur. Konu ile ilgili literatür bilgileri de bu yönde sonuçlar vermiştir. 2004-2014 yılları arasında yapılan ve hasta takip süreleri 4,29-10,8 yıl arasında değişen çalışmaların dördü Avrupa’da (Lahmann ve ark., 2004; Lukanova ve ark., 2006; Mellemkjaer ve ark., 2006; Reeves ve ark., 2007), ikisi Amerika’da (Feigelson ve ark., 2004; Palmer ve ark., 2007), üçü Asya’da (Guo ve ark., 2014; Kuriyama ve ark., 2005; Li ve ark., 2006) ve biri Avusturya’da (Papp ve ark., 2005) yapılmış ve bu çalışma sonucuna benzer şekilde özellikle menapoz sonrası yüksek kilonun meme kanseri ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Ancak çalışmada benlik saygısı ve beden imajı fark puanlarına göre BKİ düzeyine göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre obezite prevalansı kadınlarda %41’dir. KKTC’de yapılan obezite prevalansı araştırmasında ise obezite prevalansı %26,4 ile %34,4 arasında bulunmuştur. 6082 birey ile gerçekleştirilen Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması’nda BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu olanların %53,4’ü kendisini normal kiloda ve %2,3’ü kendisini zayıf olarak ifade etmiştir. Obez olan kişilerin ise %18,9’u kendini normal kiloda ve %1,1’i zayıf olarak algıladığını belirtmiştir (Ergen, 2015; Hamurcu, 2014). Bu durumun kadının kendini algılaması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Ailede meme kanseri öyküsünün bulunması meme kanseri riskini yükseltmektedir. Ailedeki meme kanseri ile ilgili tecrübeler kişinin risk algısını, meme kanseri korkusunu ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi üzerine etkili olmaktadır. Ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kadınlar meme kanseri ile ilgili erken tanı yöntemlerini daha fazla kullanmaktadır (De Jonge ve diğ., 2009; Hopwood, 2000). Yapılan çalışmaya katılan kadınların dörtte birinden fazlasının ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Ailedeki meme kanseri öyküsü ve benlik saygısı ilişkisine bakıldığında deney grubunda olan ve ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kadınların benlik saygılarının anlamlı derecede yükseldiğini gördük. Ailedeki meme kanseri öyküsü nedeniyle daha önce deneyim kazanma ve bilgi edinmenin bu sonucu etkilediği söylenebilir. Baş’ ın (2021) yapmış olduğu araştırmada daha önce tanıdığı ya da yakınında benzer hastalık olan ve olmayan hastaların özgüven düzeyleri benzer bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer olarak beden imajı ve ailede meme kanseri öyküsü arasında ilişki belirlenmedi.

5.2. Benlik Saygısına İlişkin Bulguların Tartışılması

Meme kanseri; kadının yaşam kalitesini, sosyal ve aile yaşamını temelden etkileyen, beden bütünlüğünü tehdit eden ve görünümünde birçok değişikliğe neden olan bir hastalıktır (Arıkan, 2000; Gümüş, 2006; Okanlı, 2004). Kadınlarda meme kanseri, görünümdeki değişiklikler nedeniyle vücut imajı, benlik saygısı ve evlilik uyumu ile ilgili sorunlara neden olabilir (Önen ve diğ., 2004).

Bu çalışmada deney grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BSÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla $25,31 \pm 3,61$ ve $26,72 \pm 3,28$ idi ve uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi benlik saygısı düzeyi artmıştı ($Z=-2,666$; $p=0,008$). Mete (2021), 82 mastektomi uygulanan kadın ile yaptığı çalışmada kadınların RBSÖ puan ortalamasını $24,15 \pm 3,56$ olarak bulmuştur. Ölçek özelliklerine göre araştırmada çalışmaya katılan kadın hastaların benlik saygı düzeylerinin yeterli olduğu görülmüştür.

Literatürün çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Mastektomi sonrası benlik saygısının düşük olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Curbow ve Somerfield, 2010; Cieślak ve Golusiński, 2018; Marcopoulus ve diğ., 2009; Mustain ve diğ., 2004; Sivaperumal ve diğ., 2019; Sun ve diğ., 2014; Tarkowska ve diğ., 2020; Uçar ve Uzun, 2008; Kanmaz, 2019; Sertöz ve diğ., 2004).

Ancak mastektomide benlik saygısının değişmediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Arslantaş (2014), mastektomi uygulanan ve sağlıklı kadınlar arasında benlik saygısı durumunu Rosenberg benlik saygısı ölçeği ile değerlendirmiş, her iki grup arasında fark bulmamıştır. Mastektomi uygulanan kadınların benlik saygılarının sağlıklı kadınlara benzer şekilde olduğunu belirtmiştir. Akman (2019), alopesi nedeniyle Web tabanlı eğitim verdiği meme kanserli kadınlarda benlik saygısı puan ortalamaları yönünden hem gruplar arası hem de her iki grupta zamana göre anlamlı farklılık olmadığını saptamıştır. Nolte ve diğerlerinin (2006) video kaset yöntemiyle verdiği eğitim ve Sebastian ve diğ. (2008) mastektomi olan kadınlara psikososyal eğitim programı tedaviden hemen sonra ve 6-9 ay sonra yapılan izlemlerde benlik saygısı puanlarını yükseltmemiştir. Bunun nedeni olarak eğitim uygulamasının tedavinin hemen ardından yapılmış olması gösterilmiştir. Eroğlu (2017) ve Uçar (2008), benlik saygısını orta seviyede bulmuştur.

Genel literatür incelendiğinde mastektomi uygulanan kadınlarda, mastektomi sonrası yaşanan kayıp, görünüşteki etkiler nedeniyle beden saygısının düşük olduğu bildirilmiştir.

Çalışma sonuçlarımızda benlik saygısının yeterli düzeyde olmasının hastalarda eksternal protez kullanımının yüksek olması ve verilen eğitim ve telefonla izlemin benlik saygısı üzerine etkisi olduğunu düşündürdü.

5.3. Beden İmajı Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Beden imajı, bebeklik döneminde başlayan ve yaşam boyu devam eden psikolojik bir süreçtir (Denizgil ve Sönmez, 2015). Mastektomi, kadınlığı ve cinselliği simgeleyen memede değişikliğe neden olurken, öznel değerlendirme sonucunda oluşan beden imajını da güçlü bir şekilde etkiler (Ata ve Vural, 2014; Okanlı, 2004; Örsel, 2008). Beden imajı algısı, kişinin kendisi hakkındaki kişisel tutum ve inançlarını içeren benlik kavramının temel bileşenlerinden biridir. Dinamik bir süreç olarak beden imajı algısı, benlik saygısını ve yaşam kalitesini de etkileyen yeni algılar, deneyimler ve psikososyal sorunlarla sürekli değişmektedir (Akkaya ve ark., 2011; Brandberg ve ark. Grohan, 2006; Paiva ve ark., 2013).

Başkaya (2019), 183 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların meme cerrahisi öncesi ve sonrası beden imajı puanlarının $10,81 \pm 2,32$ puandan, $9,69 \pm 2,69$ puana düştüğünü göstermiştir. Benzer şekilde Erol ve Karayurt (2014) ameliyat öncesi beden imajı puan ortalaması 11.24 ± 2.22 iken ameliyat sonrası 10.85 ± 3.62 puan olduğunu göstermiştir. Güler (2017), mastektomi uygulanan kadınların beden imajının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Bredart ve diğerleri (2009), Yılmaz (1992) meme ameliyatı uygulanan kadınların beden imajı puanlarının anlamlı düzeyde düştüğünü bildirmiştir. Eroğlu (2017), 104 kadın ile yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların vücutlarını yeteri kadar beğenmediğini bulmuştur. Uzun (2008), yapmış olduğu çalışmada mastektomi uygulanan kadınların beden imajını sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulmuştur. Yıldız (2015), 87 mastektomi uygulanmış kadın ile yaptığı çalışmada beden imajı ortalama puanlarının 120 olduğunu belirtmiştir.

Kadınların ameliyat sonrası beden imajlarını koruyabilmek için ameliyat öncesi eğitim ve destek önem taşımaktadır. Çalışmada deney grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası BİÖ puan ortalamaları sırasıyla $162,06 \pm 23,93$ ve $164,09 \pm 25,00$ dir. Uygulama öncesine göre katılımcıların grup içi beden imajı düzeyi uygulama sonrası artmasına karşın sonuç anlamlı bulunmadı. Literatürde meme kanseri ameliyatı olan hastalara verilen

eğitimin ameliyat sonrası beden imajına etkisini gösteren kısıtlı çalışmaya rastlandı. Koçan (2018) yapmış olduğu çalışmada ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası beden imajlarını olumlu yönde etkilediği, eğitim öncesi 11.9 ± 1.7 olan beden imajı puanının eğitim sonrası 12.5 ± 2.21 olacak şekilde yükseldiğini belirtmiştir. Benzer şekilde Akman (2019), meme kanseri olan deney grubuna Web tabanlı alopesi eğitimi uygulamış ve beden imajı puanlarının yükseldiğini göstermiştir. Yaman ve Ayaz (2015), yaptıkları çalışmada histerektomi öncesinde hastalara verdikleri eğitimin beden imajını koruduğunu göstermiştir. Elde edilen sonucun katılımcıların aldıkları telefon ile izlem destekli eğitim ve mastektomi sonrası kullandıkları protezlerin etkisi olduğunu düşündürmektedir. Meme protezleri dış görünüş açısından meme rekonstrüksiyonuna benzer bir görünüm vermektedir. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde, meme kanseri nedeniyle mastektominin cinsellik, beden imajı üzerine olumsuz etkisine sahip olmasının yanı sıra meme rekonstrüksiyonu + mastektomi olan hastalarda, diğer mastektomi uygulanan gruba göre daha iyi sonuçlar almasına neden olduğudur (Okanlı, 2004; Göktaş 2008; Al Ghazal ve ark. 2000; Reis, 2003). Literatüre göre mastektominin beden imajı üzerine olumsuz etkileri vardır ancak beden imajının pek çok değişkenden ve kültürden etkilenmesi de mümkündür. Bu çalışmada sonucun anlamlı olmaması örneklem grubunun küçüklüğüne bağlanabilir.

5.4. Verilen Eğitim ve Telefonla İzlemin Beden İmajı, Benlik Saygısına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Telefonla hasta izlemi, sağlık hizmeti sunumunda iletişim teknolojilerinin kullanımını, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında iki yönlü iletişimi sağlar (Pazar ve ark., 2015). Hasta eğitiminde cep telefonu, bilgisayar, internet gibi teknolojik araçların kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (Snoswell ve ark., 2020; Ventola, 2014). Tıbbi hizmetlere erişim sağlayan teletıp uygulamalarının büyümesi, kronik hastalıkların takibini kolaylaştırabilir ve sağlık maliyetlerini azaltabilir. Son yıllarda özellikle pandemiler sırasında kullanımı artan teletıp yöntemlerinden biri olan tele-izleme yöntemlerinin hastaların öz bakım ve eğitim ihtiyaçlarını karşılamada geleneksel yöntemlere iyi bir alternatif olduğu kanıtlanmıştır (Glinkowski ve ark. 2013; Souza ve diğerleri 2016). Telefonla izleme ve web tabanlı eğitim gibi teknolojiler hasta bakım ve tedavisinde oldukça etkilidir ve bu tür hasta eğitimi hastaların yaşam kalitesini iyileştirebilir ve hastaların hastaneye yatışlarını azaltabilir (Snoswell ve ark., 2020; Ventola, 2014). Çalışmalar tele izlemin özellikle kronik hastalıkların yönetiminde ve yaşam kalitesinde

olumlu etki gösterdiğini, iyi bir alternatif olduğunu saptamıştır (Farazmand ve diğ., 2017; Kimman ve diğ., 2010; Malmström ve diğ., 2016; Hanssen ve diğ., 2020; Szöts ve diğ., 2016)

Türkiye’de tele hemşirelik uygulamalarına ilişkin etkilerin değerlendirildiği bir sistematik derlemede, tele hemşirelik hizmeti alan bireylerin tümünde almayan hastalara göre daha olumlu sonuçlar elde edildiği saptanmıştır. (Özdemir ve Örsal, 2020).

Meme kanseri olan kadınlarda tele izlemin benlik saygısı ve beden imajına etkisinin incelendiği çalışmaya rastlanmamış olmakla beraber hasta eğitimi ve evde izlemin meme kanseri olan kadında bilgi ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Akçay (2012) kemoterapi alan meme kanseri olan hastada kemoterapinin yan etkileri ile ilgili verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisi değerlendirmiş ve meme kanseri olan hastaların eğitim sonrasında yaşam kalitesi toplam puanlarında artış olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Golant ve diğ. (2011) Meme kanserli hastalarda semptom yönetimi eğitiminin, depresif semptomları azalttığı, baş etme becerilerini güçlendirdiğini bildirmiştir. Kapucu ve Akdemir (2007), kemoterapi alan hastalara yapılan ev ziyaretlerinin öz bakım gücüne etkisini incelediği çalışmasında, ev ziyaretlerinin hastaların öz bakım güçlerini arttırdığını bulmuştur. Benzer şekilde Akkaş (2012) çalışmasında mastektomi uygulanan hastalara yapılan ev ziyaretlerinin hastaların ağrı, koldaki lenf ödemi azatlığı ve semptom yönetime olumlu katkı sağladığını bildirmiştir (Kapucu ve Akdemir, 2007).

Bandani ve diğ. (2021) mobil sağlık hizmetinin meme kanseri olan hastalarda beden imajı ve yorgunluğa etkisini incelemiş, deney grubundaki hastalara yedi hafta süre ile WhatsApp Messenger ile düzenli olarak hasta eğitimleri vermiş ve mobil sağlık eğitiminin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da beden imajı puanını artırdığını bildirmiştir (Bandani ve diğ. 2021).

Larson ve diğ. (2018)’de kanser hastalarına uygulanan tele sağlık uygulamalarının meta analizini yapmış ve tele sağlık girimlerinin duygusal destek, semptom kontrolünü iyileştirdiği, yaşam kalitesi puanlarını arttırdığını bildirmiştir.

Tele izlem çalışmalarında meme kanseri olan hastalarda benlik saygısı ve beden imajından çok yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Ryhanen ve diğ. (2013), deney grubunda 47, kontrol grubunda 43 hastaya, yeni tanı konmuş meme kanseri olan hastalarda hastalığın ilk dönemlerinde, tedavi sırasında ve tanıdan bir yıl sonrasında birçok kez web destekli hasta eğitimi programı vermiş ve deney ve kontrol grubunda yaşam kalitesi puanları açısından fark bulunmamıştır. Hegel ve ark. (2011) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada deney grubundaki hastalara 6 hafta boyunca telefonla problem çözme ve uğraş terapisi vermiş, diğer gruba geleneksel eğitim vermiş ve iki grup arasında istatistiksel anlamlı

fark olmasa da deney grubunda yaşam kalitesinde artış gözlemiştir. Sandren ve McCaul (2003) deney grubundaki meme kanseri 1. ve 3. evre olan hastalara telefonla sağlık eğitimi, duygusal rahatlama ve kendine yeterliliği geliştirme eğitim programı uygulamış 5 aylık uygulanan programın çıktılarını değerlendirmek için her iki grubun yaşam kalitesi skorlarını değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda, deney grubunun yaşam kalitesi diğer gruba göre yüksek olsa da bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, altı hafta süren mastektomi sonrası telefonla izlem destekli eğitim sonucunda BSÖ puanlarının uygulama sonrası istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptandı ($Z=-2,666; p=0,008$). Bu sonuca göre H1.1 hipotezi doğrulandı. Deney grubundaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası grup içi beden imajı düzeyi uygulama sonrası artmasına karşın bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,467$). Bu sonuca göre H1.2 hipotezi doğrulanmadı. Çalışmalara göre mastektomi girişiminin kadınların cinsellik, dış görünüş, psikososyal yaşantısını etkilemesi nedeniyle, hastaların beden imajı, beden saygısı ve benzer şekilde yaşam kalitelerini etkilediği söylenebilir. Çalışma sonucu elde edilen verilere göre hastaların mastektomi sonrası yaşadıkları sorunlarla baş etmede verilen eğitimin ve telefonla izlemin deney grubunda mastektomi uygulanan kadınların benlik saygısına ve beden imajına olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir.

5.5. Beden İmajı ve Benlik Saygısı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Hemşireliğin temel bakım felsefelerinden biri olan holistik bakımın gereği olarak tüm bireyler hem ruhsal hem fiziksel hem de sosyal yönleri ile beraber bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Beden imajı kavramı kişinin fiziksel görünüşüne ilişkin algılamaları, deneyimleri dolayısıyla benlik saygısının oluşumunda önemli olan bir kavramdır, çünkü bireyin kendinden dış görüşünden memnun olması benlik saygısının olumlu kılacaktır, bu nedenle olumlu benlik imajı, olumlu benlik saygısı, olumsuz benlik imajı ise olumsuz benlik saygısı ile ilişkilidir (Cash ve diğ. 2005; Jung lee, 2006).

Konu ile ilgili literatürde Tan ve Karabulut (2004) yaptığı çalışmada beden imajı ile benlik saygısı arasında pozitif orta derece ilişki saptanmıştır. Araştırma sonucundan da anlaşılacağı gibi kişinin bedeninden olan memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği, kişinin benlik saygısını etkilemektedir. Kişilerdeki uzuv eksikleri, fiziksel hastalıklara bağlı değişimler benlik

saygısını azaltmaktadır. Mastektomi uygulanan kadınlarla yapılmış çalışmalarda benlik saygısı arttıkça beden imajının arttığı gösterilmiştir (Eroğlu, 2017, Uçar, 2008, Uçar ve Uzun, 2008). Benzer şekilde Kurt (2010) romatoid artitli hastalarda beden imajı ve beden saygısı arasındaki ilişkiyi incelendiği çalışmada, beden imajı ile beden saygısı arasında pozitif ortada düzeyde ilişki olduğunu bulmuştur.

Mevcut çalışmada deney grubunda, katılımcıların uygulama sonrası beden imajı düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı izlendi ($r=0,434$; $p=0,013$). Bu bulgudan çalışma grubunda uygulama sonrası, katılımcıların beden imajı arttıkça benlik saygısının da arttığı belirlendi. Literatürde telefonla izlemin beden imajı ve benlik saygısı arasında ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmadı ancak benzer çalışma olan meme kanseri hastalarında Web tabanlı alopesi eğitimi çalışması bu çalışmanın aksine benlik saygısı puan ortalamalarındaki değişim ile beden imajı puan ortalamalarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır (Akman, 2019).

Çalışma sonucu ve literatür arasındaki benlik saygısı ve beden imajı arasındaki ilişkinin bireysel faktörlerden, birden çok farklı değişkenin benlik saygısı ve beden imajı puanlarını etkilemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Bazı bireylerde düşük benlik saygısı, kısmen olumsuz beden imajından kaynaklanırken, kimilerinde önce düşük benlik saygısı, ardından olumsuz beden imajı gelmektedir. (Polat 2007; Yılmaz 2009)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlem ile benlik saygısı düzeylerinin arttığı,
- Mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlem ile istatistiksel olarak anlamlı olmasa da beden imajı düzeylerinin arttığı,
- Çalışmaya katılan eğitim düzeyine göre benlik saygısı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu ($Z=-2,129$; $p=0,033$), buna göre ilköğretim mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeyinin ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların benlik saygısı düzeyinden daha düşük olduğu,
- Bir aile yakınında meme kanseri olan katılımcıların benlik saygısı düzeyinin, aile meme kanseri öyküsü olmayan katılımcıların benlik saygısı düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($Z=-2,190$; $p=0,029$),
- Kadınların uygulama sonrası beden imajı düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu, katılımcıların beden imajı arttıkça benlik saygısının da arttığı ($r=0,434$; $p=0,013$) sonucuna ulaşıldı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Mastektomi uygulanan kadınların remisyon döneminde takipsiz bırakılmaması ve telefonla izlemlerin sağlanması,
- Telefonla takip ve destek hizmetlerinin farklı hasta gruplarında da yaygınlaştırılması,
- Mastektomi sonrası uygulanan eğitim ve telefonla takiplerde farklı değişkenlere sahip kişiler için eğitim ve takip metotlarının geliştirilmesi,
- Araştırmanın daha büyük örnekleme çalışılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abbas, Z., ve Rehman, S., 2018, An overview of cancer treatment modalities, *Intechopen*, 139-157.

Acar, A., 2009, *Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörler*, Yükseksek Lisans tezi, T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Açıkgöz, A., ve Yıldız, E. A., 2017, Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1), 45-56.

Açıl, H.C., 2013, *Meme Koruyucu Cerrahi Uygulanan Hastalarla Modifiye Radikal Mastektomi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ades, F., Tryfonidis, K., Zardavas, D., 2017, The past and future of breast cancer treatment-from the papyrus to individualised treatment approaches, 11: 1-11.

Agarwal, S., Pappas, L., ve Agarwal, J., 2017, Association between unilateral or bilateral mastectomy and breast cancer death in patients with unilateral ductal carcinoma, *Cancer Management and Research*, 9, 649.

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

Akçay, D. ve Gözü, S., 2012, Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(4), 191-199.

Akçay, D., 2005, *Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi.

Akkaş, A., 2002, *Mastektomi Sonrası Hastaların Evde İzlemelerinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akkaya, N., Atalay, N. Ş., Selçuk, S. T., Akkaya, S., Ardıç, F., 2011, Impact of body image on quality of life and mood in mastectomized patients and amputees in Turkey, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(10), 2669-2673.

Akman, G., 2019, *Meme kanseri olan kadınlara uygulanan web tabanlı alopesi eğitim programının beden imajına, benlik saygısına, yaşam kalitesine ve iyilik durumuna etkisi* Yayınlanmamış doktora tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akyolcu, N., Özbaş, A., 2018, Üreme sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. İçinde Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G. (Ed.). *Cerrahi Hemşireliği II*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 327-376.

Akyolcu, N., Özhanlı, Y., Kandemir, D., 2019, Meme kanserinde güncel gelişmeler, HSP, 6: 583-594.

Al-Ghazal, Fallowfield Blamey-Al-Ghazal, S.K., Sully, L., Fallowfield, L. ve Blamey, R. W., 2000, The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology*, 26(1), 17-19.

Albornoz, C.R., ve diğ., 2013, ABD Meme rekonstrüksiyonunda paradigma kayması: artan implant oranları, *Plast Rekonstrüktif Cerrahi*, 131 (1):15–23.

Alebachew, F. ve Ashagrie, M., 2017, The body-image concept analysis of youth and adolescent, *American Journal of Biomedical and Life Sciences*, 5(6), 130-134.

Alipour, M., Sepehrian Azar F., Soleimani ve diğ., 2019, Comparing the efficacy of acceptance and commitment training and groups training of couples coping skills enhancement on body dysmorphic and subjective well-being in women with breast cancer, *Family Counseling and Psychotherapy*, 2:165–19)

Allen, J., Burrell, C., Caplice, C., Collins, D., McGreal, P., Purcell, J., 2013, *Oncology: Breast Cancer*, 3/35.

Altay, B., Avcı, İ.A., Rizalar, S., Oz, H., Meral, D., 2015, Breast and cervical cancer knowledge and awareness among university students, *Asian Pac J Cancer Prev*, 16: 1719- 1724.

Altınbaş, M., 2000, Hormonal treatment of breast cancer, *Erciyesmed*, 34-50.

Alves, P. C., I.C.F.J. Barbosa, J.Á., Caetano, A.F.C., Fernandes., 2011, Nursing care during the preoperative stage and rehabilitation of mastectomy: narrative review of literature, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4).

American Cancer Society, 2019, Breast Cancer Risk Factors, https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/factors_withunclear-effects-on-breast-cancer-risk.html. Ziyaret tarihi: 4 Mayıs 2022].

Andrzejczak, E., Markocka-Mączka, K., Lewandowski, A., 2013, Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction, *Psychooncology*, 22(7), 1653-1657.

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

Arroyo, J. M. G. ve López, M. L. D., 2011, Psychological problems derived from mastectomy: a qualitative study, *International journal of surgical oncology*.

- Arslantaş, A., 2014, *Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Benlik Saygısı ve Eş Uyumu*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., Özet, A., 2006, Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1):15-28.
- Aslay, I., Acunaş, G., Cantürk, Z., Arıbal, E., 2007, Meme Kanserinde İzlem, *Meme Sağlığı Dergisi*, Cilt: 3 Sayı: 2.
- Ata, A., Vural, A. ve Keskin, F., 2014, Beden algısı ve obezite, *Ankara Medical Journal*, 14(3), 74 -84.
- Avis, N.E., Crawford, S., Manuel, J., 2004, Psychosocial problems among younger women with breast cancer, *Psychooncology*, 13(5), 295-30
- Ayaz, A., 2012, Meme Kanserli Kadınlarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aydıntuğ, S., 2004, Meme kanserinde erken tanı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(6):226-228.
- Aygin, D., Durat, G., 2005, Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım, *Androloji Bülteni*, 23, 352-354.
- Aygün Topuz, E., 2019, *Mastektominin benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi*, Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ayhan, S., Küçükler, İ., Tuncer, S., Çukurluoğlu, O. ve Uygur, Ş., 2010, Profilaktik mastektomi ve çift taraflı meme onarımı: klinik deneyim, *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 17(3), 122-127.
- Babacan Gümüş, A., 2006, Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-113.
- Bag, B., 2013, Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5: 109-126.
- Bağdatlı, N. ve Kaya, Y., 2022, Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 321-331.
- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hoffman G., Samonigg, H., 2003, Do Different Cultural Settings Affect the Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study. *Eur J Cancer Care*, 12, 263-273.
- Baltacı Göktaş, S., Şelimen, D., 2008, *Meme kanserinde mastektomi sonrası uygulanan erken ve geç rekonstrüksiyonun hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi*, Doktora Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bandani-Susan, B., Montazeri, A., Haghighizadeh, M. H., ve Araban, M., 2021, The effect of mobile health educational intervention on body image and fatigue in breast cancer survivors: a randomized controlled trial, *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 1-7.

Banlı, O., Altun, H. ve Kavlakoğlu, B., 2005, Mastektomiden sonra görülen geç dönem lokal nüksler: Bir olgu sunumu, *Turkish Journal of Surgery*, 21(4), 204-205.

Baskan, S., Atahan, K., Arıbal, E., Özaydın, N., Balcı, P., Yavuz, E., 2012, Meme Kanseri Tarama Ve Tanı: İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010. *The Journal of Breast Health*, 8: 100-25.

Başkaya, K., 2019, Meme kanseri olan kadınlarda beden imajı ve cinsel uyumun belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Baykara, O., 2016, Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3):154-165.

Beaver, K., Tysver-Robinson, D., Campbell, M., Twomey, M., Williamson, S., Hindley, A., ... ve Luker, K., 2009, Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trial, *Bmj*, 338.

Benor, D.E., Delbar, V., Krulik, T., 1998, Measuring Impact Of Nursing Intervention On Cancer Patients's Ağabeylity To Control Symptoms, *Cancer Nursing*, 21(5):320-334.

Bican, C., 2020, *Mastektomi nedeniyle meme rekonstrüksiyonu uygulanan kadınlarda benlik saygısı ve cinsel yaşam*, Yüksek Lisans tezi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Bilal, S., 2012, *Doğurganlık ve menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme ve jinekolojik kanserlerden korunma davranışları ile ilişkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.

Bilgiç, Ş., 2015, *Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi*, Doktora tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Borghesan Pelloso, D.H., Gravena França, A.A., 2014, Lopes Romeiro TC, Brischiliari Rocha SC, Demitto MO, Agnolo Dell CM, ve ark. Variables that affect the satisfaction of brazilian women with external breast prostheses after mastectomy, *Asian Pac J Cancer Prev*, 15:9631-9634.

Boswell, E. N., ve Dizon, D. S., 2015, Breast cancer and sexual function, *Translational andrology and urology*, 4(2), 160.

Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A. ve diğerleri, 2008, Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study, *Journal of Clinical Oncology*, 26(24), 3943-3949.

Braude, L., Kirsten, L., Gilchrist, J., & Juraskova, I., 2017, A systematic review of women's satisfaction and regret following risk-reducing mastectomy, *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2182-2189.

Breast Cancer Surgery Choice May Affect Young Survivors' Quality of Life, 2021, <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2021/breast-cancer-mastectomy-quality-of-life>. Erişim tarihi: 18.05.22. [Ziyaret tarihi: 20 Şubat 2022].

Bulut A, Bulut A., 2017, Knowledge, Attitudes And Behaviors Of Primary Health Care Nurses And Midwives İn Breast Cancer Early Diagnosis Applications, *Breast Cancer: Targets And Therapy*, 9:163-9.

Buzdar, A.U., Hortobagyi, G., 1998, Update on endocrine therapy for breast cancer, *Clinical Cancer Research*, 4(3):527-34.

Büyükakıncak, Ö., Akyol, Y., Özen, N., Ulus, Y., Cantürk, F., Tander, B., Büyükakıncak, S., Bilgici, A., Kuru, Ö., 2013, Meme kanseri cerrahisi: üst ekstremité için bir problem midir? *Türk Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi*, 59: 304-309.

Büyükakıncak, Ö., Akyol, Y., Özen, N., Ulus, Y., Cantürk, F., 2014, Meme kanseri olan hastalarda cerrahi sonrası erken dönemde yaşam kalitesi: omuz ağrısı, el kavrama gücü, dizabilite ve emosyonel durum ile ilişkisi, *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60(1).

Byun, J., Lee, J.E., Cha, E.S., Chung, J., Kim, J.H., 2017, Visualization of Breast Microcalcifications on Digital Breast Tomosynthesis and 2-Dimensional Digital Mammography Using Specimens. *Breast Cancer : Basic and Clinical Research*.

Can, G., Durna, Z., Aydın, A., Saip, P., Kadioğlu, A., 2005, Sistemik Tedavi Alan Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi, *Androloji Bülteni*, 22: 268-271.

Canbulat, N., 2006, *Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Cancer Survivors, Oncology Nursing Forum, 2020, <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>, 34 (3), E36-E41 [Ziyaret tarihi: 21 Mart 2022].

Cantürk, Z., Arıbal, E., 2007, Meme Kanseriinde İzlem. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt: 3, sayı:2.

Carbine, N. E., Lostumbo, L., Wallace, J., ve Ko, H., 2018, Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

Carey, M., ve Preston, C., 2019, Investigating the components of body image disturbance within eating disorders, *Frontiers in psychiatry*, 635.

Carrasquillo, O., Pati, S., 2004, The role of health insurance on Pap smear and mammography utilization by immigrants living in the United States, *Preventive Medicine*, 39(5):943-50.

- Cascetta, K., Tiersten, A., 2018, Primary Invasive Breast Cancer, *Practise of British Medical Journal*, 19-21.
- Cash, T.F., Santos, M.T., Fleming Williams, E., 2005, Coping with body-image threats and challenges: Validation of the body image coping strategies inventory, *Journal of Psychosomatic Research*, 58: 191-199.
- Causes of Breast Cancer, 2009, <https://www.nationalbreastcancer.org/causes-of-breast-cancer>, 2019, [Ziyaret tarihi: 20 Şubat 2022].
- Cemal, Y. ve diğ., 2013, ABD meme rekonstrüksiyonunda bir paradigma kayması: Bölüm 2. Değişen mastektomi paternlerinin rekonstrüktif hız ve yöntem üzerindeki etkisi., *Plast Rekonstrüktif Cerrahi*, 131 (3):320e–6e.
- Chow, K.M., Hung, K.L., Yeung, S.M., 2016, Body image and quality of life among breast cancer survivors: a literature review, *World Journal of Oncology Research*, 3, 12-20.
- Cieślak, K., ve Golusiński, W., 2018, Coping with loss of ability vs. emotional control and self-esteem in women after mastectomy, *Reports of practical oncology and radiotherapy*, 23(3), 168-174.
- Clark, C.A., Glaser, S.L., West, D.W., 2002, Breast cancer incidence and mortality trends in an affluent population: Marin County, California, USA, 1990–1999, *Breast Cancer Res* 2002;4:R13.
- Coughlin, S.S., 2015, Smith SA. The Impact Of The Natural, Social, Built, And Policy Environments On Breast Cancer, *J Environ Health Sci*, 1(3):1-7.
- Cornelissen, A. J., Beugels, J., van Kuijk, S. M., Heuts, E. M., Rozen, S. M., Spiegel, A. J., ... ve Tuinder, S. M., 2018, Sensation of the autologous reconstructed breast improves quality of life: a pilot study, *Breast cancer research and treatment*, 167(3), 687-695.
- Cruz, F.O.A.M., Vilela, R. A., Ferreira, E. B., Melo, N. S., ve Dos Reis, P.E.D., 2019, Evidence on the use of mobile apps during the treatment of breast cancer: systematic review, *JMIR mHealth and uHealth*, 7(8), e13245.
- Curbow, B., Somerfield, M., 2010, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Erişkin Kanser Hastalarında Kullanımı, *J Psychosoc Oncol*, 9, 113-131.
- Çağlar, H.B., 2007, Meme Kanseri Radyoterapi (Işın Tedavisi) Nasıl Yapılır? Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği, 1: 39-43.
- Çakır, S., Kafadar, M.T., Arslan, Ş.N., Türkan, A., Kara, B., İnan, A., 2016, Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2:186-194.
- Çalışkan, İ., 2009, *Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi*, Yüksek lisans tezi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çam, O., Gümüş, A.B., 2006, Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10: 52-60.

Çam, O., Saka, Ş., ve Gümüş, A.B., 2009, Meme kanserli hastaların psikososyal uyumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2).

Çavdar, İ., 2006, Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 64 - 66.

Çelik, S., 2007, *Tamoksifen kullanan meme kanserli olguların endometrium patolojileri açısından değerlendirilmesinde transvajinal ultrasonografi ve endometrial biyopsinin yeri*, Uzmanlık Tezi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Çevik, C.G., 2003, *Memede Kitle Şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyleri ve Kitlenin Fark Edilmesinde Kendi Kendine Meme Muayenesinin Etkisi*, Yüksek lisans tezi, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çolak, T., Alimoğlu, E., Mesci, A., Peştereli, E., Kabaalioğlu, A., Karaveli, Ş., ve Akaydın, M., 2014, Meme kanserli kadınlarda cerrahi yöntemin seçimini etkileyen faktörler, *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 4(1).

Darendeliler, E., Ağaoğlu, F.Y., 2003, Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. İçinde Topuz E, Aydın A, Dinçer M, editor. Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 13-27.

Dean, A., 2008, Primary Breast Cancer: Risk Factors, Diagnosis and Management, *Nursing Standart*, 22(40):47-55.

DeFrank, T.J., Mehta, B.C., Stein, D.K., Baker, F., 2007, Body Image Dissatisfaction

De Jonge, E. T. M., Vlasselaer, J., Van de Putte, G., ve Schobbens, J. C., 2009, The construct of breast cancer risk perception: need for a better risk communication?, *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 1(2), 122.

Demir, S.G., Bulut, H., 2010, Nursing care of patients with reconstructive breast surgery using transverse rectus abdominis myocutaneous flap, *J Breast Health*, 6: 95-100.

Denizgil, T., Sönmez, İ., 2015, Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması, *Yeni Sempozyum*, 53(3), 17-25.

DeSantis, C.E., Fedewa, S.A., Goding Sauer, A. diğ., 2016, Meme kanseri istatistikleri: Siyah ve beyaz kadınlar arasındaki insidans oranlarının yakınsaması, *CA Kanser J Kliniği*, 66 :31-42. Desantis, C.E., Ma, J., Sauer, A.G., Newman, L.A., Jemal, A., 2017, Breast Cancer Statistics, 2017 Racial Disparity In Mortality By State, *CA Cancer J Clin*, 67:439-448.

Doğan, S., Karabörklü, O., İmamoğlu, H., Öztürk, M., 2018, Malign Mikrokalsifikasyonların Değerlendirilmesinde Dijital Mamografi ve Dijital Memem Tomosentezi Bulgularının Karşılaştırılması., *Bozok Tıp Dergisi*, 8(1), 93-9.

Duran, K., 2018, Meme kanseri hastalarında eşler arası uyum ve sosyal destek düzeyinin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsellik üzerine etkilerinin incelenmesi. ,Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Duygulu, G., 2009, *Cerrah Tedavi Planlamasında Meme Manyetik Rezonans Görüntülemenin Etkinliğinin Araştırılması*, Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Dünya Sağlık Örgütü Kanser İstatistikleri Raporu, 2021, <https://www.who.int/health-topics/cancer>, [Ziyaret tarihi: 19 Mart 2022].

Engin, A., Oğuz, M., Durmuş, O., Tekin, E., Onuk E., 2000, Meme Hastalıkları. A. Engin, Ed. *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, 375-404, 1. bs., Cilt 1, Ankara: Atlas Kitapçılık Ltd. Şti.

Erden, D., 2015, *Meme Kanseri Olan Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Stresle Başa Çıkma Tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Bahçeşehir Üniversitesi.

Erdost, Ş.K., ve Çetinkale, O., 2008, *Yara bakımı ve tedavisi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 187-225.

Ergen, M.M., 2015, *Şişman Bireylerin Ağırlık Kaybına İlişkin Tutum Ve Uygulamaları İle Beden Ağırlığı Algılarının Araştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Erol Ursavas, F., ve Karayurt, Ö., 2014, Adaptation of the Sexual Adjustment and Body Image Scale in Turkish Breast Cancer Women, *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(2).

Erşan, E.E. Doğan, O. Doğan, S., 2009, Beden eğitimi ve antrenörlük bölümü öğrencilerinde benlik saygısı düzeyi ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 35-42.

Erturhan Türk, K. (2017). *Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*, Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ertürk, Y. D., 2006, Bedenin iki yansıması: bedenle iletişim, iletişimde beden. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 24.

Esnaola, I., Rodriguez, A., Goñi, A., 2010, Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences, *Salud Mental*, 33: 21-29.

Farazmand, J., Nasiripour, A. A., & Raeissi, P., 2017, The effect of telephone follow-up programs after hospital discharge on hope and the quality of life in patients admitted to the coronary care unit (CCU), *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 19(2):41-46.

Feigelson, H.S., Jonas, C.R., Teras, L.R., Thun, M.J., Calle, E.E., 2004, Weight gain, body mass index, hormone replacement therapy, and postmenopausal breast cancer in a large prospective study, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 13(2):220-224.

Fingeret, M.C., Nipomnick, S.W., Crosby, M.A., Reece, G.P., 2013, Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction. *Cancer Treatment Reviews*, 39: 673-681.

- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. J., Bloom, J. R., 2006, Body image and sexual problems in young women with breast cancer, *Psychooncology*, 15(7), 579–594.
- Fortner, B.V., Stepanski, E.J., Wang, S.C., Kasprowicz, S., & Durrence, H.H., 2002, Sleep and Quality of Life In Breast Cancer Patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 471-480.
- Franceschini, G., Sanchez, A.M., Di Leone, A., Magno, S., Moschella, F., Accetta, C. ve Masetti, R., 2015, New trends in breast cancer surgery: a therapeutic approach increasingly efficacy and respectful of the patient. *Il Giornale di chirurgia*, 36(4), 145.
- Fulfordü, L.G., Easton, D.F., Reis- Filho, J.S. ve diğ., 2006, Specific morphological features predictive for the basal phenotype in grade 3 invasive ductal carcinoma of breast, *Histopathology*, 49: 22-34.
- Gail, M.H., Mai, P.L., 2010, Comparing Breast Cancer Risk Assessment Models, *J Natl Cancer Inst*, 102: 665-668.
- Garcia, S.N., Jacowski, M., Castro, G.C., Galdino, C., Guimarães, P.R., Kalinke, L.P., 2015, Quality of Life Domains Affected in Women with Breast Cancer, *Rev Gaúcha Enferm*, 36 (2), 89-96.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. ve diğ., 2002, Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures, *BMJ*, 324:1417-18.
- Gençtürk, N., 2007, Meme Kanserinde Korunma, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4):72-82.
- Giarelli, E., Pisano, R., McCorkle, R., 2000, Stable&Able, *Am J Nurs*, 100(12):26- 31.
- Gillespie, T.C., Sayegh, H.E., Brunelle, C.L., Daniell, K.M., ve Taghian, A.G., 2018, Breast cancer-related lymphedema: risk factors, precautionary measures, and treatments, *Gland surgery*, 7(4), 379.
- Glaus, S.W., ve Carlson, G.W., 2009, Long-Term Role of External Breast Prostheses After Total Mastectomy, *The breast journal*, 15(4), 385-393.
- Gleeson, K., ve Frith, H., 2006, De constructing body image, *Journal of health psychology*, 11(1), 79-90.
- Glinkowski, W., Pawłowska, K., Kozłowska, L., 2013, Telehealth and telenursing perception and knowledge among university students of nursing in Poland, *Telemed J E Health*, 19(7):523-9.
- Global Cancer Data: Globocan, 2020, <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data#:~:text=IARC%20released%20on%2014th%20December,million%20cancer%20deaths%20in%202020.,> [Ziyaret tarihi: 20 Ağustos 2022].
- Goethals, A., ve Rose, J., 2019, Mastectomy, *National Library of Medicine*, (2),

Gök Uğur, H., 2009, *Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi*, Yüksek lisans tezi, T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Gökdoğan, F., 2003, Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi (DISCERN), *Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni*, No:16-17: 8-16.

Göktaş, A., 2021, *Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının Tedavi Uyumu, Genel Öz Yeterlik, Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeyine Etkisi*, yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Göktaş, S.B., 2008, *Meme kanserinde mastektomi sonrası uygulanan erken ve geç rekonstrüksiyonun hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi*, Doctora tezi, Marmara Üniversitesi.

Greenberg, C.C., Lipsitz, S.R., Hughes, M.E., Edge, S.B., Theriault, R., Wilson, J.L., Weeks, J.C., 2011, Meme kanserinin cerrahi tedavisinde kurumsal varyasyon: NCCN üzerine bir çalışma. *Ann Surg.*, 254 (2):339–345.

Grogan, S., 2006, Body image and health: contemporary perspectives, *Journal of Health Psychology*, 11(4), 523-530.

Guo, L., Li, N., Wang, G., ve diğ., 2014, Body mass index and cancer incidence:a prospective cohort study in northern China, *Zhonghua liu xing bing xue za zhi.*, 35(3):231–236. Chinese.

Güler, C., 2017, *Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçiren ve mastektomi geçiren kadınların, beden algısı ve cinsel doyum düzeylerinin karşılaştırılması* (Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi.

Güllüoğlu, B.M., Aydın, E., Soryano, V., 2009, Meme kanseriyle baş etme rehberi, İstanbul, Amerikan Hastanesi Yayınları.

Gültekin, G., 2003, *9-14 Yaş Grubundaki Akut ve Kronik Hastalığı Olan Çocukların Denetim Odağı ve Benlik Kavramı Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi.

Gümüş, A.B., 2006, Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-113.

Günaydınlı, A., ve Özlü, Z.K., 2021, Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 65-74.

Güzel, E., 2014, Toplumsal Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve Medyanın Rolü, *Global Media Journal*, 4(8), 185-199.

Güzel, N., ve Bayraktar, N., 2019, Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 101-110.

Hamurcu, B., 2014, *Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E., Eide, G.E., Hanestad, B.R., 2009, Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial, *J Clin Nurs*, 18(9):1334-1345.

Harman, Ö., 2007, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümüne Başvuran Meme Kanseri Hastalarında Risk Faktörlerinin Dağılımı*, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Harmer, V., 2011, *Breast Cancer Nursing Care and Management*, UK: Blackwell Publishing, https://bcms.edu.iq/wp-content/uploads/2021/07/nurse_books/Maternal

%20newborn%20nursing-women/mnn8/Victoria%20Harmer-Breast%20Cancer%20Nursing%20Care%20and%20Management%20%20-Wiley-Blackwell%20(2011).pdf. [Ziyaret tarihi: 10 Mart 2022].

Harputlu, D., Terzi, C., Eşrefgil, G., Uz, S., Sökmen, S. ve Füzün, M., 2007, Kolostomi ve ileostomili bireylerde benlik saygısı, *Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*, 17(4), 178-185.

Hegel, M.T., Lyons, K.D., Hull, J.G. ve diğ., 2011, Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem-solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy. *Psychooncology*, 20:1092-1101.

Heidari, M., ve Ghodus, M., 2015, The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy, *Indian Journal of Palliative Care*, 21:198-202.

Hopwood, P., 2000, Breast cancer risk perception: what do we know and understand?, *Breast Cancer Research*, 2(6), 1-5.

Hosseini, S.A., ve Padhy, R.K., 2019, Body image distortion, <https://europepmc.org/article/nbk/nbk546582#free-full-text>, [Ziyaret tarihi: 28 Mart 2022].

Hovardaoğlu, S., 1993, Vücut algısı ölçeği, *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, Testler Özel Eki.; 1(1): 26-27.

Howard-Anderson, J., Ganz, P.A., Bower, J.E., Stanton, A.L., 2012, Quality of Life, Fertility Concerns, and Behavioral Health Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review, *J Natl Cancer Inst*, 104, 386-405

Işık, I., 2014, Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11: 58-64.

İstatistik Veri Portalı, 2022, <http://www.tuik.gov.tr>. [Ziyaret tarihi: 23 Nisan 2022].

Jatoi, I., 2015, Bilateral mastectomy for unilateral breast cancer: a perplexing trend, *Indian journal of surgical oncology*, 6(4), 387-389.

Jones, M.E., Schoemaker, M.J., Wright, L.B., Ashworth, A., ve Swerdlow, A.J., 2017, Smoking and risk of breast cancer in the Generations Study cohort, *Breast Cancer Research*, 19(1), 1-14.

Jung, J., Lee, S.H., 2006, Behavior between korean and U.S. women cross-cultural comparisons of appearance self-schema, body image, self-esteem, and dieting, *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34: 350.

Kabacaoğlu, C., ve Karaca, A., 2020, Meme Kanseri Birincil ve İkincil Korunma Önlemlerine İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü, *JAREN*, 6(1):179-8.

Kamsız, C., 2018, *Meme Kanseri Mastektomi Geçirmenin Psikolojisi: Meme Kanseri Tanılı ve Sağlıklı Kadınlar Arasında Bir Karşılaştırma*, yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Kankaya, B., Büyükaşık, S., Kapan, S., ve Halil, A. L. I. Ş., 2019, Meme Kanseri Tedavisinde Güncel Yaklaşım/Current Management in Breast Cancer, *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 2(1), 7-10.

Kanmaz, Z., 2019, *Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Depresyon, Benlik Saygısı ve Öz Yeterlik İnancı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tez, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kapucu, S.S., Akdemir, N., 2007, Ev Ziyaretinin Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Güçlerine Etkisi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 14;1:9-22.

Kara, A., ve Eryılmaz, A., 2018, Beliren Yetişkinlerin Gözünden Olumlu Beden İmajı Oluşturmanın Öğeleri, *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 6(3), 394-409.

Karayurt, Ö., Coşkun, A., Cerit, K., 2008, Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları Ve Uygulama Durumu, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1):15-20.

Karadakovan, A., Eti Aslan, A., 2014, Meme hastalıkları. Ed: Karadakovan A., Eti Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 930-945.

Karamanoğlu, A.Y., Özer, F.G., 2008, Mastektomili Hastalarda Evde Bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (1): 3-8.

Karaöz, B., 2008, *Meme Kanseri Kadınların Üreme Sağlığı Konusundaki Gereksinimlerinin Belirlenmesi*, Yüksek lisans tezi, T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karayurt, Ö., 2011, *Meme Kanseri Birincil Korunma ve Hemşirenin Rolü*, İçinde: Meme Kanseri Hastaya Yaklaşım, Fadiloğlu Z.Çiçek, Adana: Nobel Tıp Kitabevi, 31-39.

Kaya, G., 2016, *Meme Kanseri Kadınlarında Yaşam Kalitesi ve Algılanan Aile Destek Düzeyinin Belirlenmesi*, Yüksek lisans tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kaya, H., 2009, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(1): 19-23.

Kaymakçıoğlu, N., 2005, Meme kanserinde izlem. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*, 11(4), 392-400.

Kaymakçı, Ş., 2011, Meme Hastalıkları, Adana, Adana Nobel Kitabevi, 973-985.

Kavradım, S.T., 2018, Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Ve Telefonla İzlemin Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlik Ve Uyum Düzeylerine Etkisi, Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kerlikowske, K., Hubbard, R.A., Miglioretti, D.L., Geller, B.M., Yankaskas, B.C., Lehman, C.D., Taplin, S.H., Sickles, E.A., 2011, Comparative Effectiveness of Digital Versus Film-Screen Mammography in Community Practice in the United States: A Cohort Study, *Ann Intern Med*, 155(8), 493-502.

Kes, D., 2017, Primer Hipertansiyonlu Bireylerde Telefonla İzlemin Kan Basıncı Kontrolü Ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi, Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Keskinkılıç, B., Gültekin, M., Karaca, A.S., Öztürk, C., Boztaş, G., Karaca, M.Z., Utku, E.Ş., Hacıkamiloğlu, E., Turan, H., Dede, İ., Dündar, S., 2016, *Türkiye kanser kontrol programı*, Ankara, Sağlık bakanlığı, 32.

Kimman, M.L., Bloebaum, M.M., Dirksen, C.D., Houben, R., Lambin, P., ve Boersma, L.J., 2010, Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer, *BMC cancer*, 10(1), 1-10.

Kimman, M.L., Dirksen, C.D., Voogd, A.C. ve diğ., 2011, Nurse-led telephone follow-up and an educational group programme after breast cancer treatment: results of a 2 × 2 randomised controlled trial, *Eur J Cancer*, 47(7):1027-1036.

Klijn, J.G., Janin, N., Cortés-Funes, H., Colomer, R., 1997, Should prophylactic surgery be used in women at high risk of breast cancer, *European Journal of Cancer*, 33(1), 2149-2159.

Kocaay, A.F., 2010, *Palpabl meme lezyonlarının histopatolojik tanısında ince iğne aspirasyonu ile kesici iğne biyopsisinin karşılaştırmalı çalışması*, Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı.

Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S.D., Tükün, A., Yalçın, B., 2011, Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu, *Meme Sağlığı Dergisi*, 7: 47-67.

Koçan, S., 2014, *Mastektominin Kadınların Beden İmajına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Koçan, S., 2018, Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastalara Meme Bakım Hemşiresi Tarafından Verilen Eğitimin Beden İmajı, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek lisans tezi, Türkiye Cumhuriyeti Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Koçan, S., Gürsoy, A., 2016, Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research, *Journal of Breast Health*, 12, 145-50.

Koçaşlı, S., 2006, *Cerrahi Girişim Sonrası Radyoterapi Alan Erken Evre Meme Kanseri Kadınlarında Konfor Düzeyi*, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Florence Nigthingale HYO.

Koçyiğit, O., Erel, S., Kısmet, K., Kılıçoğlu, B., Sabuncuoğlu, M.Z., Akkuş, M.A., 2011, Polikliğine başvuran kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeyi: İl merkezinde yapılan bir çalışma, *Nobel Medicus*, 7: 19-25.

Kuriyama, S., Tsubono, Y., Hozawa, A. Ve diğ., 2005, Obesity and risk of cancer in Japan, *Int J Cancer*, 113(1):148–157.

Kurt, E., 2010, *Romatoid Artli Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kuzhan, A., ve Adlı, M., 2015, Sosyoekonomik-Kültürel Faktörlerin Meme Kanseri Etkisi, *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 11(1).

La Vecchia, C., Negri, E., Franceschi, S., Talamini, R., Bruzzi, P., Palli, D., & Decarli, A., 1997, Body mass index and post-menopausal breast cancer: an age-specific analysis, *British journal of cancer*, 75(3), 441-444.

Lahmann, P.H., Hoffmann, K., Allen, N. Ve diğ., 2004, Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into cancer and nutrition (EPIC), *Int J Cancer*, 111(5):762–771.

Larson, J.L., Rosen, A.B., ve Wilson, F.A., 2018, The effect of telehealth interventions on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis, *Telemedicine and e-Health*, 24(6), 397-405.

Le, T., Hopkins, L., Fung Kee Fung, M., 2005, Quality of life assessments in epithelial ovarian cancer patients during and after chemotherapy, *Int J Gynecol Cancer*, 15(5):811–816.

Lehrer, S., Green, S., ve Rosenzweig, K. E., 2016, Affluence and breast cancer, *The breast journal*, 22(5), 564-567.

Li, H.L., Gao, Y.T., Li, Q., Liu, D.K., 2006, Anthropometry and female breast cancer: a prospective cohort study in urban Shanghai, *Zhonghua liu xing bing xue za zhi*, 27(6):488–493.

Louie, L.D., Crowe, J.P., Dawson, A.E., Lee, K.B., Baynes, D.L., Dowdy, T., ve Kim, J.A., 2006, Identification of breast cancer in patients with pathologic nipple discharge: does ductoscopy predict malignancy?, *The American Journal of Surgery*, 530 –533.

Lukanova, A., Bjor, O., Kaaks, R. Ve diğ., 2006, Body mass index and cancer: results from the Northern Sweden Health and Disease Cohort, *Int J Cancer*, 118(2):458–466.

Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A., 2021, Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review, *Cancers*, 13(17), 4287.

Malmström, M., Ivarsson, B., Klefsgård, R., Persson, K., Jakobsson, U., Johansson, J., 2016, The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery-A six month RCT-follow-up study, *Int J Nurs Stud*, 64:86-95.

Mandel, N., 2012, Adjuvan Kemoterapi, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 467-473.

Marcopoulus, C., Tsaroucha, A.K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., Karvelis, S., 2009, Meme Kanseri Cerrahisinin Kadın Hastaların Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşamı Üzerindeki Etkisi, *J Int Med Res*, 3 : 182-188.

McDonald, J.A., Goyal, A., ve Terry, M.B., 2013, Alcohol intake and breast cancer risk: weighing the overall evidence, *Current breast cancer reports*, 5(3), 208-221.

Mellemkjaer, L., Bigaard, J., Tjonneland, A. ve diğ., 2006, Body composition and breast cancer in postmenopausal women: a Danish prospective cohort study, *Obesity*, 14(10):1854–1862.

Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF), 2007, “Meme Kanseri Eğitim Modülü,” 2007, <http://www.tmhdf.org.tr/> [Ziyaret tarihi: 19 Şubat 2022].

Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF), 2020, Meme Kanseri Eğitim Modülü Ketem Doktorları, http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf, [Ziyaret tarihi: 7 Mart 2022].

Mete, B., ve Beydağ, K.D., 2021, Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu Yapılan Kadınlarda Benlik Saygısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı İlişkisi, *Sağlık ve Toplum*, 31(2), 159-171.

Michalos, A.C., 2014, Encyclopedia Of Quality Of Life and Well-Being. <https://link.springer.com/referencework/10.1007/978-94-007-0753-5>, [Ziyaret tarihi: 6 Mart 2022].

Montgomery, D.A., Krupa, K., Wilson, C., ve Cooke, T. G., 2008, Automated telephone follow-up after breast cancer: an acceptability and feasibility pilot study, *British journal of cancer*, 99(5), 704-710.

Moo, T.A., Sanford, R., Dang, C., ve Morrow, M., 2018, Overview of breast cancer therapy, *Pet Clinics*, 13(3):339-354.

Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gil-Olarte, P., Ruiz-González, P., & Guil, R., 2021, Enhancing self-esteem and body image of breast cancer women through interventions: a systematic review, *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1640.

Morrow, M., Li, Y., Alderman, A.K., Jagsi, R., Hamilton, A.S., Graff, J.J., Katz, S.J., 2014, Meme Rekonstrüksiyonuna Erişim ve Karar Vermede Hasta Perspektifleri, *JAMA ameliyatı*, 149 (10):1015–1021.

Muhammad, R., Johann, K.F., Saladina, J.J., Harlina, M.L.N., Niza, A.S.S., 2013, Ultracision versus electrocautery in performing modified radical mastectomy and axillary lymph node

dissection for breast cancer: a prospective randomized control trial, *Med J Malaysia*, 68: 204-207.

Naheivan, N.Ö., Seçginli, S., 2003, Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1): 33-38.

National Breast Cancer Foundation, Inc. Breast Cancer Diagnosis, 2022, <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-diagnosis/>, [Ziyaret tarihi: 16 Mart 2022].

Newcomb, P.A., Kampman, E., Trentham-Dietz, A. ve diğ., 2013, Meme kanseri teşhisinden önce ve sonra alkol tüketimi: Meme kanserinden, kardiyovasküler hastalıktan ve diğer nedenlerden sağkalım ile ilişkiler, *J Clin Oncol*, 31 (16): 1939–1946.

Nyante, S.J., Gierach, G.L., Dallal, C.M., Freedman, N.D., Park, Y., Danforth, K.N., Brinton, L.A., 2014, Cigarette smoking and postmenopausal breast cancer risk in a prospective cohort, *British journal of cancer*, 110(9), 2339-2347.

Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P., Cobb R., 2006, A randomized clinical trial of a videotape intervention for women with chemotherapy-induced alopecia: A gynecologic oncology group study, *Oncol Nurs Forum*, 33(2): 305-311.

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

Okanlı, A., Ekinci, M., 2004, Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması, VII. Ulusal KLP Kongresi, İstanbul.

Oktan, V., Şahin, M., 2010, Examination of The Relationship Between The Body Image and Self-Esteem of Female Adolescents, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (2), 544-556.

Oktay, V., Şahin, M., 2010, Kız Ergenlerde Beden İmajı ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(2):91-99.

Olgun, Ş., 2021, Meme Kanserinde Genetik Risk Faktörleri: Brca1 Ve Brca2 Genleri, *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 23-25.

Oral, S.E., 2018, *Kolonoskopi Uygulanan Hastalarda Beden İmajı Algısı ve Farklı Eğitim Programlarının Utanma Duygusuna Etkisi*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Oylar, Ö., ve Tekin, İ., 2011, Kanserin teşhis ve tedavisinde nanoteknolojinin önemi, *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 147-154.

Öncü, H.K., 2008, *Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanserli Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu İle Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, O.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Önen Sertöz, Ö., Elbi Mete, H., Noyan, A., Alper, M., Kapkaç, M., 2004, Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.
- Öner, S.T., 2015, *Bipolar Bozukluk Hastalarında Beden İmajının Klinik Özelliklerle İlişkisi*, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği.
- Örsel, S., Işık Canpolat, B., Akdemir, A., Özbay, M.H., 2008, Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 3-77.
- Özbalcı, G. S., Özbalcı, A. B., ve Tuncal, S., 2016, Meme Koruyucu Cerrahi Sonrası Lokal Nüks, *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 49(1), 46-54.
- Özberksoy, A., 2006, *Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özcan, K.V., Okan, İ., Süren, M., 2015, Kanser Hastalarında Palyatif Bakım” Stajının Değerlendirilmesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 54: 93-97.
- Özdemir, E.A., ve Örsal, Ö., 2020, Türkiye’de Hemşirelik Tezlerindeki Tele-Hemşirelik Uygulamalarının Etkisinin İncelenmesi: Sistematik Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(4), 607-615.
- Özen, B., Zincir, H., Kaya Erten, Z., Özkan, F., Elmalı, F., 2013, Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, *J Breast Health*, 9:200-4.
- Özgür, E.M., 2004, Türkiye’de Toplam Doğurganlık Hızının Mekansal Dağılışı (Spatial Distribution of Total Fertility Rate in Turkey), *Coğrafi Bilimler Dergisi/Turkish Journal of Geographical Sciences*, 2(2), 1-12.
- Özmen, V., 2011, Breast cancer screening: current controversies, *J Breast Health*, 7: 1-3.
- Özmen, V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., 2012, *Meme Hastalıkları Kitabı*, Ankara : Güneş Tıp, 33-47.
- Özmen, V., Fidaner, C., Aksaz, E., Bayol, Ü., Dede, İ., Göker, E., Güllüoğlu, B.M., Işıkdogan A., Topal, U., Uhri, M., Utkan, Z., Zengin, N., Tuncer, M., 2009, Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5: 125-134.
- Özmete, S., 2007, *Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanseri Hastalarının Erken Dönem Sonuçları*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversite Tıp Fakültesi.
- Öztürk, D., 2013, Mastektomi Sonrası Uygulanan Meme Rekonstrüksiyonunun Kadının Cinsel Yaşamı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Paiva, L.C., Dantas, D.N., Silva, F.B., China, E.C., Gonçalves, A.K., 2013, Body image and sexuality of women who underwent a radical mastectomy: integrative review, *Journal of Nursing UFPE on line*, (7), 4209-4216.

Paiva, L.C., Dantas, D.N., Silva, F.B., China, E.C., Gonçalves, A.K., 2013, Body image and sexuality of women who underwent a radical mastectomy: integrative review, *Journal of Nursing UFPE online*, 7(spe), 4209-4216.

Palmer, J.R., Adams-Campbell, L.L., Boggs, D.A., Wise, L.A., Rosenberg, L.A., 2007, Prospective study of body size and breast cancer in black women, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 16(9):1795-1802.

Parlar, S., Kaydul, N., Ovaoglu, N., 2005, Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, (8(1), 72-83).

Parsa, P., Mirmohammadi, A., Khodakarami, B., Roshanaiee, G., Soltani, F., 2016, Effects of Breast Self-Examination Consultation Based on the Health Belief Model on Knowledge and Performance of Iranian Women Aged Over 40 Years, *Asian Pac J Cancer Prev*, 17 (8), 3849-3854.

Passarelli, M.N., Newcomb, P.A., Hampton, J.M., Trentham-Dietz, A., Titus, L.J., Egan, K. M. ve Willett, W.C., 2016, Cigarette smoking before and after breast cancer diagnosis: mortality from breast cancer and smoking-related diseases, *Journal of Clinical Oncology*, 34(12), 1315.

Paterson, L.C., Lengacher, A.C., Donovan, A.K., Kip, E.K., Tofthagen, S.C., 2015, Body Image in Younger Breast Cancer Survivors, *Cancer Nursing*, Vol. 00, No.0

Pazar, B., Taştan, S., İyigün, E., 2015, Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11: 1-4.

Pegram, M., 2012, Meme Kanseri, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 237- 265.

Pişkin, E., 2007, Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi, Bursa Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü Yayınları, Bursa Basımevi, Bursa.

Piccart, M.J., Cardoso, F., Atalay, G., Biganzoli, L., 2002, Progress in systemic therapy for breast cancer, *Eur J Cancer*, 38(3):S23-S24.

Polat, A., 2007, Düzce ilindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Polat, G., 2016, *Düzenli Egzersiz Yapan Kadınlarda Egzersizin Benlik Saygısı ve Beden Memnuniyeti Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ramu, D., Ramesh, R. S., Manjunath, S., Goel, V., Hemnath, G. N., ve Alexander, A., 2015, Pattern of external breast prosthesis use by post mastectomy breast cancer patients in India: Descriptive study from tertiary care centre, *Indian journal of surgical oncology*, 6(4), 374-377. Randomizasyon programı, (<http://www.graphpad.com/quickcalcs/> Erişim tarihi: 10 Şubat 2021)

- Rapp, K., Schroeder, J., Klenk J. ve diğ., 2005, Obesity and incidence of cancer: a large cohort study of over 145,000 adults in Austria. *Br J Cancer*, 93(9):1062–1067.
- Reeves, G.K., Pirie, K., Beral, V. ve diğ., 2007, Million Women Study Collaboration Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study, *BMJ*, 335(7630):1134.
- Rojas, K., Onstad, M., Raker, C., Clark, M., Stuckey, A., Gass, J., 2017, The Impact of Mastectomy Type on the Female Sexual Function, *Breast Cancer Research and Treatment*, 2(163), 273–79.
- Romero, C., Linsay, J.E., Dalton, W.T., Nelson, D.V., Friedman, L.C., 2008, Husbands' Perceptions Of Wives' Adjustment To Breast Cancer: The İmpact On Wives' Mood. *Psychooncology*, 17: S: 237- 243.
- Romieu, I., Scoccianti, C., Chajès, V. ve diğ., 2015, Avrupa kanser ve beslenme araştırmasında alkol alımı ve meme kanseri, *Int J Kanser*, 137 (8):1921–1930.
- Rosenberg Self-Esteem Scale, 1965, www.yorku.ca/rokada/psycetest/rosenbrg.pdf, [Ziyaret tarihi: 11 Mart 2022].
- Rowland, H.J., Desmond, K.A., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R., Wyatt, G.E., Ganz, P.A., 2000, Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors, *J Natl Cancer Inst*, 92(17), 1422-29.
- Rowland, H.J., Desmond, K.A., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R., Wyatt, G.E., Ganz, P.A., 2000, Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors, *J Natl Cancer Inst*, 92(17), 1422-29.
- Ryhanen, A.M., Rankinen, S., Siekkinen, M., Saarinen, M., Korvenranta, H., Leino-Kilpi, H., 2013, The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway program on breast cancer patients' clinical outcomes: A randomised controlled trial, *J Clin Nurs*, 22:1016–1025.
- Sağiroğlu, A., 2019, *Gebelikte Beden İmajı, Gebelik ve Doğum Korkusunun Benlik Saygısı ile İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sandgren, A.K., McCaul, K.D., 2003, Short-term effects of telephone therapy for breast cancer patients, *Health Psychol*, 22:310–315.
- Saniye, A.D.A., Ertürk, C., Aylin, U.Ç.A.R., Akyüz, S., Doğan, F., Ve Yücel, B., 2021, Kanser Hücre Metabolizması. (2021). *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(3), 66-75.
- Sarici, S.F., 2021, Opere Meme Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 22(5), 387-392.
- Sarioğlu, G., 2018, *Meme kanserli kadınların birinci derece akrabalarının meme kanseri risk düzeyleri ve tarama davranışlarının belirlenmesi*, Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Saslow, D., Hannan, J., Osuch, J., Alciati, M.H., Baines, C., Barton, M., Bobo, J.K., Coleman, C., Dolan, M., Gaumer, G., Kopans, D., Kutner S., Lane D.S., Lawson H., Meissner, H., Moorman, C., Pennypacker, H., Pierce, P., Sciandra, E., Smith R., Coates R., 2004, Clinical Breast Examination: Practical Recommendations for Optimizing Performance and Reporting, 54, (6), 327-344.

Sauter, E.R., 2018, Breast Cancer Prevention: Current Approaches And Future Directions, *European Journal Of Breast Health*, 14(2), 64.

Saygılı, G., Kesecioğlu, T.İ. ve Kırıktas, H., 2015, Eğitim düzeyinin benlik saygısı üzerindeki etkisinin incelenmesi, *Journal of Research in Education and Teaching*, 4(2), 210-2017.

Schain, W.S., 1991, Breast Reconstruction: Update of Psychosocial and Pragmatic Concerns, *Cancer*, 5(68), 1170-1175.

Screening and Testing Breast Self-Exam, 2019, <https://www.breastcancer.org/screening-testing/breast-self-exam-bse>, [Ziyaret tarihi: 3 Mart 2022].

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J., Mateos, N., 2008, Body image and self esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program, *Psychology in Spain*, 12: 13-25.

Sertöz, Ö.Ö., 2002, Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma, *Uzmanlık Tezi*, T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

Sertöz, Ö.Ö., Elbi Mete, H., Noyan, A., Alper, M., Kapkaç, M., 2004, Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4): 264-75.

Sertöz, Ö.Ö., Mete, H.E., Noyan, A., Alper, M., Kapkaç, M., 2004, Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri kontrollü bir çalışma, *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği*, 15(4): 264.

Shiyanbola, O.O., Arao, R.F., Miglioretti, D.L., Sprague, B.L., Hampton, J.M., Stout, N.K. ve Trentham-Dietz, A., 2017, Emerging Trends in Family History of Breast Cancer and Associated RiskTrends in Family History of Breast Cancer. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 26(12), 1753-1760.

Siegel, R.L., Miller, K.D., Jemal, A., 2018, Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 68(1): 7-30.

Sineren, S., 2015, Depresyon tanısı alan bireylerde fiziksel egzersizin depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Doktora tezi*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Singletary, S.E., 2008, Breast cancer management: the road to today, *Cancer*, 113: 1844-1849.

Sivaperumal, V., Mohd Sidik, S., Lekhraj Rampal, L., Fadhilah Ismail, S.I., Periasamy, U., 2019, Malezya Yarımadası'nda seçilmiş devlet hastanelerinde kemoterapi alan kanser hastaları arasında benlik saygısı, *Med J Malezya*, 74, 405-412.

Snoswell, C.L., Taylor, M. L., Comans, T. A., Smith, A. C., Gray, L. C. ve Caffery, L.J., 2020, Determining if telehealth can reduce health system costs: scoping review, *Journal of medical Internet research*, 22(10), e17298.

Souza-Junior, V.D., Mendes, I.A, Mazzo A, Godoy S., 2016, Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review, *Appl Nurs Res*, 29:254-60.

Sönmez, B., 2012, *Meme kanseri ve tedavi yöntemleri*, Bitirme ödevi, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi.

Steele, C.B., Thomas, C.C., Henley, S.J., Massetti, G.M., Galuska, D.A., AgursCollins, T., Puckett, M., Richardson, L.C., 2017, Vital Signs: Trends In Incidence Of Cancers Associated With Overweight And Obesity-United States, 2005- 2014, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 66: 1052-1058.

Sun, Y., Kim, S.-W., Heo, C. Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C. K. ve Kang, E., 2014, Comparison of Quality of Life Based on Surgical Technique in Patients with Breast Cancer, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(1), 22-7.

Sun, Y.S., Zhao, Z., Yang, Z.N., Xu, F., Lu, H.J., Zhu, Z.Y. ve Zhu, H.P., 2017, Risk factors and preventions of breast cancer, *International journal of biological sciences*, 13(11), 1387.

Szöts, K., Konradsen, H., Solgaard, S.ve Østergaard, B., 2016, Telephone Follow-Up by Nurse After Total Knee Arthroplasty, *Orthopaedic Nursing*, 35(6):411-420.

Şaylık, F., 2010, Meme Kanseri Kadın Hastaların Klinik ve Laboratuvar Verilerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, T.C. Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Şen, S., Başar, F., 2012, Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri, *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(4):185-190.

Şöhret, T., 2020, *Mastektomi sonrası memenin yeniden şekillendirilmesine eğilim ile cinsel yaşam kalitesi ve sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*, Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., Ullman, J. B., 2007, Using multivariate statistics, 5, 481-498, Boston, MA: pearson.

Tan, M., Karabulutlu, E., 2004, Sürekli ayaktan periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı ve Beden İmajı Algılayışları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3): 67-73.

Tarkowska, M., Głowacka-Mrotek, I., Nowikiewicz, T., Monastyrska-Waszak, E., Gastecka, A., Goch, A., ve Zegarski, W., 2020, Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy—a single-centre, non-randomised, cross-sectional study, *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*, 24(2), 106-111.

- Taşkın, L., 2003, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 6. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 553-562.
- Taylan, S., Kolaç N., 2021, Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınların beden imajı ve cinsel uyumları, *Androloji Bülteni*, 23(3), 163-169.
- Temur, K., Kapucu, S., 2018, Meme Kanseri İlişkili Lenfödem Gelişimini Önlemede Ve Yaşam Kalitesini Yükseltmede Etkin Yöntem: Kendi Kendine Lenfödem Yönetimi, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 40(1), 121-129.
- Telli, S., 2019, *Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Cinsel Yaşam Kalitesi Ve Eş Uyumuna Etkisi*, Doktora tezi, Marmara Üniversitesi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Meme Kanseri ve Mamografi, 2019, <http://www.onkoloji.gov.tr/attachments/article/8653/Meme%20Kanseri%20ve%20Mamografi.pdf>, [Ziyaret tarihi: 18 Nisan 2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri, 2017, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/meme-kanseri.html>, [Ziyaret tarihi: 10 Mart 2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020, Kanser Nedir Belirtileri, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedirbelirtileri.html>, [Ziyaret tarihi: 20 Nisan 2022].
- Topçu, U.C., Eroğlu, U., ve Özer, A., 2020, Gösterişçi Tüketime Kökenleri: Benlik, Sosyal Statü ve Tüketici Materyalizmi, *Journal of Consumer and Consumption Research*, 12(1), 151-185.
- Topuz, E.A., 2019, Mastektominin benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, Namık Kemal Üniversitesi.
- Topuz, E., Aydın, A., ve Dinçer, M., 2003, *Meme Kanseri*, İstanbul: Nobel, 124-131.
- Turna, H., 2006, Erken Evre Meme Kanseri Adjuvan Kemoterapi ve Hormonal Tedavi. Meme Kanseri Sempozyumu, İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, 105-9.
- Tümentemur, V., 2014, Orta Karadeniz Bölgesinde Meme Kanseri Tespit Edilen Kadınlarda Mamografik Yoğunluk ile Meme Kanseri ve Tümör Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, O.M.Ü. Tıp Fakültesi.
- Türk, G., ve Atalay, M., 2007, Mastektomi sonrası yaptırılan egzersizlerin kol ödemi önlemeye etkisi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(3), 143-149.
- Türk, K.E. ve Yılmaz, M., 2018, The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors, *European journal of breast health*, 14(4), 205.

- Uçar, T. (2008). *Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi*, Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi.
- Uçar, T. ve Uzun, Ö., 2008, Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(3), 162- 168.
- Uras, C., 2006, Erken evre meme kanserinde cerrahi tedavi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Uzun, G., 2009, *Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Üner, B.A., 2014, Bir üniversite hastanesinde meme kanseri tanısı almış hastaların tanımlayıcı özellikleri ve tanı süreci, uzmanlık tezi, Adnan Menderes Üniversitesi.
- Vahabi, M., 2003, Breast cancer screening methods: a review of the evidence, *Health Care Women Int.*, 24(9):773-793.
- Van Den Berg, P.A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., ve Neumark-Sztainer, D., 2010, The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status, *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 290-296.
- Van Egdom, L.S., De Ligt, K. M., de Munck, L., Koppert, L. B., Mureau, M. A., Rakhorst, H. A., & Siesling, S., 2021, Predictors of delayed breast reconstruction in the Netherlands: a 5-year follow-up study in stage I–III breast cancer patients, *Breast Cancer*, 1-12.
- Ventola, C.L., 2014, Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits, *Pharmacy and Therapeutics*, 39(5), 356.
- Weenk, M., Wunschel, P., Heine, E., & Strobbe, L. J., 2017, Factors influencing the decision to pursue immediate breast reconstruction after mastectomy for breast cancer, *Gland Surgery*, 6(1), 43.
- World Health Organization (WHO), 2022, Breast Cancer: Prevention and Control, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Reducing%20global%20breast%20cancer%20mortality,and%20comprehensive%20breast%20cancer%20management>, [Ziyaret tarihi: 14 Nisan 2022].
- Yalav, O., 2009, *Erken Evre Meme Kanserli Hastalarda Sentinel Lenf Nodu Biyopsisinin Yeri*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.
- Yalçın, Y., 2015, Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Teşhisten Önce Stresli Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yaman, Ş., Ayaz, S., 2015, The effect of education given before surgery on self- esteem and body image in women undergoing hysterectomy, *Türk Journal of Obstetric Gynecology*, 12, 211-214.

Yang, R.L., Newman, A.S., Lin, IC. Ve diğ., 2013, Göğüs kanseri mevzuatının yürürlüğe girmesinden sonra sigorta grupları arasında acil meme rekonstrüksiyonu eğilimleri, *Kanser*, 119:2462-8.

Yayık, A.M., Ahıskalıoğlu, A., Sulak, M.M., Ahıskalıoğlu, E.O., Karakaya, M.A., Çelik, E.C., Karadeniz, E., Alıcı, H.A., 2019, Modifiye radikal mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonunda ultrason eşliğinde yapılan yüzeysel serratus plan bloğunun akut postmastektomi ağrısına etkisi: randomize kontrollü çalışma, *Anestezi ve Reanimasyon Uzmanları Derneği*, 28: 121-127.

Yeşilyurt, D.S., ve Fındık, Ü.Y., 2016, Informational needs of postmastectomy patients, *Journal Breast Health*, 12: 155–157.

Yeter, K., Savcı, A., Sayiner, F.D., 2009, Meme Kanserinde Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2):65- 68.

Yıldırım, S., 2009, Kemoterapi Alan Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Yan Etkilerin Beslenme Eğitimi Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yıldız, G., 2015, Mastektomi Olmuş Kadınların Beden İmajı Algıları, Kadınlar ve Eşlerinin Evlilik Uyumluluğu ve Cinsel Doyumluluğu, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yılmaz, G., 2009, *Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Preop ve Postop Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yılmaz, M. S., ve Atak, N., 2014, Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi, *Türk J Public Health*, 12(1), 51-60.

Yılmaz, M., Seki, Z., Gürler, H., ve Çifçi, E. S., 2010, Bir üniversitede çalışan kadınların meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(2):65-71.

Yılmaz, S., Ekinci, M., 2001, Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyi arasındaki ilişki, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2): 1-10.

Yiğit, H., 2010, *Ergenlerin Benlik Saygılarının Yaşam Doyumu ve Bazı Özlük Nitelikleri Açısından İncelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi.

Özdem, Ö., 2019, *Menapoz öncesi ve sonrası dönemde mastektomi girişimi geçiren kadınlarda beden beğenisi ve cinselliğin incelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yokuş, B., ve Çakır, D.Ü., 2012, Kanser biyokimyası, *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, (1), 7-18.

Yücel, A., Kurul, S., 2003, Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu. İçinde Topuz E, Aydın, A., Dinçer, M., editor. Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 511-529.

EKLER

Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (EK 1)

EK-1 Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Mastektomi Uygulanan Kadınlarda Telefonla İzlemin Benlik Saygısına ve Beden imajına Etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz hiçbir koşulda paylaşılmayacaktır. İsim belirtmenize gerek yoktur. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için çok teşekkür ederiz.

Bahar ATALAY
Prof. Dr. İkbāl ÇAVDAR
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Doktora öğrencisi

Form No:

1-Yaşınız (lütfen yazınız) :

2- Medeni haliniz: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Boşanmış

3- Meslek hayatınız: ☐ Çalışıyor ☐ Ev hanımı ☐ Emekli ☐ Diğer

4- Eğitiminiz: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul/Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü

5- Sosyo-ekonomik durum: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

6- Ameliyat öncesinde alkol kullanıyor muydunuz? ☐ Nadiren ☐ Sık sık ☐ Hayır

7- Ameliyat öncesinde sigara kullanıyor muydunuz? ☐ Nadiren ☐ Sık sık ☐ Hayır

8- Boyunuz:..... Kilonuz:..... BKİ:.....

9- Ailenizde meme kanseri tanısı almış bireyler var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

10-Mastektomi uygulanma yılı?

11-Hangi memenize mastektomi uygulandı? ☐ Tek ☐ Her ikisi

12-Meme rekonstrüksiyonu düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Belki ☐ Hayır

13- Sütyen ve eksternal protez kullanıyor musunuz?

14-Mastektomi sonrası ile ilgili eğitim aldınız mı?

15- Eğitim aldı iseniz kimden aldınız?

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (EK 2)

Aşağıda kendinizle ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatli bir şekilde okuyarak, size en uygun olan aşağıda belirtilen seçeneklerden bir tanesini işaretleyiniz.

Eğer ifade sizin için;

Tamamen Uygunsa	baş harfleri olan	"TU" yu	☒ TU	BU	PUD	HUD
Uygunsa	baş harfleri olan	"U" yu	TU	☒ U	PUD	HUD
Uygun Değilse	baş harfleri olan	"UD" yi	TU	BU	☒ UD	HUD
Hiç Uygun Değilse	baş harfleri olan	"HUD" yi	TU	BU	PUD	☒ HUD

		Tamamen Uygun	Uygun	Uygun Değil	Hiç Uygun Değil
1	Genel olarak kendimden memnunum.	TU	U	UD	HUD
2	Bazen hiç yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	TU	U	UD	HUD
3	Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	TU	U	UD	HUD
4	Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar iyi bir şeyler yapabilirim.	TU	U	UD	HUD
5	Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.	TU	U	UD	HUD
6	Bazen kesinlikle bir işe yaramadığımı düşünüyorum.	TU	U	UD	HUD
7	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	TU	U	UD	HUD
8	Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	TU	U	UD	HUD
9	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	TU	U	UD	HUD
10	Kendime karşı olumlu bir tutum(tavır) içindeyim.	TU	U	UD	HUD

Not: 2, 5, 6, 8 ve 9 numaralı maddeler negatif yönlü maddelerdir.

Toplam puan alınırken bu maddelerin pozitif yöne çevrilerek işlem yapılması gerekmektedir.

Puanlama: tamamen uygun -3 puan Uygun: 2 puan, uygun değil 1 puan, hiç uygun değil 0 puan

Yüksek puan yüksek benlik saygısını ifade eder.

Beden İmajı Ölçeği (EK 3)

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel Gücüm					
8. İdrar-Dışkı Düzenim					
9. Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji/Aktivite Düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut Yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın Keskinliği					
20. Ağrıya Dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın Genişliği					
22. Kollarım					

Beden İmajı Ölçeği (EK 3) (Devam)

23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin Şekli					
25. Sindirim Sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa Direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin Şekli					
30. Cinsel Gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku Düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel Faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun Duruş Şekli					
38. Yüzümün Şekli					
39. Ağırlığım					
40. Cinsel Organlarım					

Telefonla İzlem Formu (EK 4)

Hastanın Adı-Soyadı:			
Telefon no:			
Tarih:			
Kaçıncı görüşme:			
Görüşme saati:			
	Hastanın verdiği cevap	Araştırmacının verdiği cevap/uygulama	Değerlendirme
1- Merhaba ben Bahar Atalay. Müsait misiniz? size verdiğim eğitim ile ilgili görüşmek için aradım.			
2- Son görüşmemizden bu yana kendinizi nasıl hissediyorsunuz?			
3- Sizinle paylaşmış olduğum eğitim kitapçığına vakit ayırıyor musunuz? Ne sıklıkla inceliyorsunuz?			
4- eğitimi hakkında konuşmak istiyorum. Bu konuda söylemek istedikleriniz var mı?			
5- Size göndermiş olduğum kısa mesajları okuyor musunuz?			
6- Son görüşmemizden sonra herhangi bir sorun yaşadınız mı?			
7- Bana sormak istediğiniz başka bir konu var mı?			
8- Sizi tekrar günü arayacağım. Siz her istediğinizde bana bu telefon numarasından ulaşabilirsiniz.			

Kısa Mesaj Takip Çizelgesi (EK 5)

	Mesaj içeriği
1.Hafta kısa mesaj (..../...../.....)	
2.Hafta kısa mesaj (..../...../.....)	
3.Hafta kısa mesaj (..../...../.....)	
4.Hafta kısa mesaj (..../...../.....)	
5.Hafta kısa mesaj (..../...../.....)	
6.Hafta kısa mesaj (..../...../.....)	
7. Hafta mesaj (..../...../.....)	
8.Hafta kısa mesaj (..../...../.....)	

Telefonla İzlemin Değerlendirilmesi Formu (EK 6)

1. Telefon görüşmeler endişelerinizi azaltmaya yardımcı oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Kısmen
- ☐ Hayır

2. Telefon görüşmeleri bilgilendirici oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Kısmen
- ☐ Hayır

3. Telefon görüşmeleri yaşanan sorunlar hakkında bilgi sahibi olmanıza yardımcı oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Kısmen
- ☐ Hayır

4. Telefon görüşmeleri destekleyici ve yönlendirici oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Kısmen
- ☐ Hayır

5. Telefon görüşmeleri daha iyi hissetmenizi sağladı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Kısmen
- ☐ Hayır

Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu ve DISCERN Ölçeği (EK 7)

	Evet 1 Puan	Hayır 0 Puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GÜVENİRLİK VE KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ-DISCERN

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılamasının olması

Dikkatli olunmalı eğer;

- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir **bir** vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıkta bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu kitapçıkta bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük		Orta		Yüksek
Ciddi/Aşırı eksikleri var		Önemli Eksiklikleri var		Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

Eğitim Kitapçığı (EK 8)**MASTEKTOMİ SONRASI EĞİTİM EL KİTAPÇIĞI**

Bu eğitim kitapçığı doktora tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

Meme Kanseri Tedavisi Sonrası İzlemin Amaçları.....	3
Mastektomi Sonrası İzlem.....	3
1.Mastektomi sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	4
1.1.KKMM Nedir?	4
1.2.KKMM Ne Zaman Yapılmalıdır?	4
1.3.KKMM Nasıl Yapılır?	5
1.4.Meme Kanserin Belirtileri.....	9
2.Kol-Omuz Egzersizleri.....	11
3.Lenfödem.....	16
3.1.Lenfödem Nedir?	16
3.2.Lenfödemden Korunma.....	17
3.3.Lenfödem belirti ve bulguları nelerdir?	18
3.5. Lenfödem Varlığında Egzersiz.....	19
3.6. Seyahat.....	20
4. Rekonstrüksiyon (Memenin yeniden yapılandırılması).....	20
4.1. Rekonstrüksiyon Seçenekleri.....	21
4.2. Rekonstrüksiyon Nedenleri.....	21
5. Eksternal (Dış) Protez ve Sütyen Kullanımı.....	22
5.1. Özel Sütyen ve Eksternal Protez Türleri ve Bakımı.....	22
5.2. Herhangi Bir Yöntem Kullanmama seçeneği.....	25
6. Mastektomi Sonrası Geç Komplikasyonlar.....	26
7. Mastektomi Sonrası Mamografi Takipleri	26
8. Mastektomi Sonrası Kansere Tedavisi.....	27
9. Psikolojik Destek Ve Psikoterapi.....	27
10. Sosyal Destek.....	28

Meme Kanseri

Meme kanseri Dünya'da ve Türkiye'de kadınlar arasında en sık görülen kanser türü arasında birinci sıradadır. Dünya'da 2005 yılı 11 milyon yeni tanı, kanserle yaşayan 25 milyon kadın bildirilmişken, 2030 yılında 27 milyon yeni tanı, 75 milyon kanserle yaşayan kadın sayısı olarak beklenmektedir. Her sekiz kadından birinde hayat boyunca meme kanseri olma riski mevcuttur (Kankaya ve ark., 2019). Meme kanseri günümüzde kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Meme kanserinde primer tedavi yaklaşımı tümörün cerrahi olarak çıkartılması ve patolojik olarak değerlendirilmesidir. Cerrahi girişimin şekli hastanın klinik durumuna, risk faktörlerine, tümörün lokalizasyonuna, tümörün büyüklüğüne, hastalığın klinik evresine ve hastanın tercihiine göre değişmektedir (Mete ve Beydağ, 2021).

Meme kanserinin birincil tedavisi cerrahidir. Meme kanserinde tedavi; birincil tümörü ortadan kaldırmak ve göğüs kasları içerisindeki gruptakiler de dahil olmak üzere koltukaltı lenf nodüllerindeki metastazları temizlemek için uygulanır. Birçok hasta bölgesel kontrolün etkisini arttırmak için ameliyat sonrası radyasyon tedavisi almaktadır (Özbalcı ve ark., 2016).

Meme Kanseri Tedavisi Sonrası İzlemin Amaçları; Lokal kanser nüksünü belirlemek, olası ikinci bir primer kanser gelişip gelişmediğini izlemek, nüks oluşursa zamanında müdahale etmek için hasta ile iletişimi sürdürmek, tedavi komplikasyonlarını belirlemek ve tedavi etmek, hastalığın nüksü veya tedavisi ile ilişkili olabilen veya olmayan semptomları değerlendirmek, tedaviye uyumu ve psikososyal desteği sağlamak, meme kanseri öyküsünün etkili olabileceği gebelik gibi sağlık ile ilgili kararları vermede hastaya yardımcı olmaktır (Kaymakçaoğlu, 2005).

Mastektomi Sonrası İzlem

Mastektomi sonrası kontrollerinizi bekiminiz sizin için belirleyecektir. Hangi hastanın tamamen hastalıktan kurtulduğu ya da yeni bir primer meme kanseri gelişme riski olmadığını söylemek mümkün değildir. Meme kanseri izlemi sırasında herhangi bir zamanda nüks gerçekleşebileceği için meme kanserli hastalar tüm yaşamları boyunca izlenmelidir. Düzenli izlemin kadınlarda moral destek ve güven duygusu sağladığı bilinmektedir (Aslay ve ark., 2007).

"Tüm tedavi ve takiplere rağmen hastalığın tekrar etmesi endişesi taşımanız çok normaldir, aynı durumda olan pek çok kadın bu duyguyu hisseder. Duygularınızı ifade etmeniz baş etmenizi kolaylaştıracaktır"

1. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM)

1.1. KKMM nedir?

Mastektomi sonrası en önemli konulardan biri de erken tanı için yapılması gerekenlere devam edilmesidir.

Eğer mastektomi tek memeye uygulanmışsa erken tanı, her ay kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik meme muayenesi ve 40 yaşından sonra yılda bir yapılan mamografiyi kapsar (Akkaş, 2002). Meme kanseri nedeniyle tek memenin alınması sonrası kendi kendine meme muayenesini önemli kılan konulardan biri de diğer memede kanser gelişme oranının meme kanseri olmayanlara göre daha fazla olmasıdır (Eti Aslan ve Gürkan, 2007). Her iki memenin alınması durumunda dahi kanserin tekrar etmesi durumu söz konusu olabilmektedir. Tekrarların çoğu yara dokusunda veya cilt cepleri altında görülmektedir (Banlı ve ark., 2005).

Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi için yapılan KKMM basit, herkes tarafından uygulanabilen, özel araç ve gereç gerektirmemesi ve maliyetinin olmaması nedeniyle çok iyi nitelikli bir erken tanı yöntemidir. Meme kanserine erken aşamada tanı konması, tedavi seçeneklerinin sayısını, tedavinin başarıya ulaşma ve hayatta kalma şansını önemli oranda artırır (Parlar ve ark., 2005). Mastektomi sonrası hastalarda uzun dönem takip gerekmektedir (Banlı ve ark., 2005; Parlar ve ark., 2005).

1.2. KKMM ne zaman yapılmalıdır?

Tek taraflı mastektomi sonrası hastanın diğer memesinde kanser görülme olasılığı yüksek olduğundan hastaların kendi kendine meme muayenesi konusunda düzenli muayene yapma alışkanlığını kazanmaları önemlidir (Karamanoğlu ve Özer, 2008). KKMM her ay düzenli olarak yapılmalıdır. Bu muayene için en uygun zaman, adet kanamasından 5-7 gün sonra, memelerin gergin ve hassas olmadığı zamandır. Reglden önceki günlerde memeler hormonal etkilere bağlı olarak daha dolgun, ve gergin olacağı için bu dönemde yapılan muayene bulguları yanıltıcı olabilir. Menopoz sonrası dönemde ve adetleri düzenli olmayan kadınlarda KKMM'nin her ay aynı gün yapılması uygundur. Hiçbir belirti göstermeyen 20-40 yaş arasındaki kadınlar, meme muayenelerini her üç yılda bir, ilerleyen yaşlarda yılda bir yaptırmalıdır. Emziren anneler, meme muayenelerini memeler boşken yapmalıdırlar (Sevil ve Ünsal, 2002).

KKMM yaparken, doğru duruşun, muayene edilecek alanın, elle muayene etme tekniğinin, araştırma şeklinin bilinmesi gerekir.

1.3. KKMM nasıl yapılır?

Meme muayenesinin temelde iki aşaması vardır; görerek yapılan meme muayenesi ve dokunarak yapılan meme muayenesi.

Görerek yapılan meme muayenesi

- Bu muayenede vücudun belden yukarısı çıplak olarak, ayakta ve yeterli ııkta ayna karşısına geçilir. Kollar iki yana rahatça bırakılır. Memeler dikkatlice incelenir. Daha sonraki aylık muayenelerde oluşabilecek değışikliklerin fark edilebilmesi için ilk muayenede memenin şekli, normal büyüklüğü, meme uçlarının durumu dikkatle gözlenmelidir. Ayna karşısındaki her muayenede, memelerin şekil ve büyüklüğündeki değışmeler, meme derisinde şişkinlik, çukurlaşma (içe çekilme), renk değışikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı kontrol edilir.
- Eller baş hizasından yukarıya doğru kaldırılır ve yine memelerin görünüşü incelenir. Özellikle meme başında bir değışme olup olmadığına, meme başlarından birinin fazla aşağıda veya yukarıda olup olmadığına ve iki meme arasında büyüklük ve şekil yönünden bir farklılık olup olmadığına bakılır. (Bazı kadınlarda normalde iki memenin büyüklüğü aynı olmayabilir).
- Eller kalçalara konulup bastırılarak pektoral kaslar gerilir. Bu pozisyonda da meme derisinde herhangi bir içe çekilme, büzülme veya meme uçlarından birinin içe çekilip çekilmediğı incelenir. Ayrıca bu pozisyonda meme kenarlarında bir düzensizlik olup olmadığına bakılır.
- Görerek yapılan muayene sonunda her iki meme başına beyaz bir kağıt mendil veya peçete ile bastırılarak meme başından akıntı olup olmadığı kontrol edilir (Kaymakçı 2010).

Dokunarak yapılan meme muayenesi

- Meme muayenesinin ikinci aşamasında, memeler dokunarak kontrol edilir. Bu muayene her iki memenin koltuk altlarının ve köprücük kemiğı üstünden omuza kadar olan alanın elle muayenesidir.
- Ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin üç orta parmağı (parmakların en uçtaki iç bölümleri yani pulparları) ile memenin dış kenarından başlanarak, parmaklar saat yönünde yavaşça bütün meme üzerinde gezdirilerek muayene edilir.
- Parmaklar yavaş yavaş kaydırılırken küçük dairesel hareketlerle meme başına doğru gelinir. Dokular parmaklarla bastırılarak muayene edilir. Önce yüzeysel, daha sonra derin elle muayenesi yapılır.

- Daha sonra koltuk altı ve köprücük kemiği üstü alan da elle muayene edilir. Aynı işlem sağ meme için de tekrarlanır ve daha sonra sırtüstü yatar pozisyonda, memeler tekrar elle muayene edilir.
- Düz bir zemin üzerine uzanarak muayene edilecek tarafın sırt ve kürek kemiği altına ince bir yastık veya katlanmış bir havlu konur. Yine o taraftaki el başın altına konularak kol kaldırılır. Böylece meme dokusu kostalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay elle muayene edilebilir.
- Elle muayeneye memenin dış kenarından başlanarak meme başına kadar devam edilmelidir. Daha önce mastektomi ya da kitle çıkarımı yapılan opsizyon (yara) yeri yeni kitle oluşumu veya cilt değişiklikleri yönünden kontrol edilir (Kaymakçı, 2010).

1. Gözlem için pozisyonlarımız

a. Kollar her iki yanda sarkık ve gevşek



b. Eller belde



c. Kollar her iki yanda başın üzerine doğru kaldırılmış



d. Kollar her iki yanda, gövde öne eğik

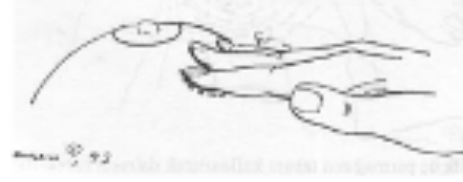


2. Muayene edilmesi gereken bölgenin belirlenmesi



Göğüs kemiğinin ortasından koltukaltının orta hattına kadar, yukarıda köprücük kemiğinden aşağıda memeden birkaç santimetre aşağıya kadar.

3. Bölgenin elle muayenesi



Memesi küçük olanlar muayene edilecekleri tarafın altına bir yastık koyarak o taraftaki kolunu, avuç içi yukarı gelecek ve dirsek dik açı yapacak şekilde yana uzatmalıdır.



Memesi büyük olanlar aynı pozisyonda kolunu başın üzerine doğru uzatmalıdır.

4. Muayene şekli:

Üç çeşit muayene şekli vardır: Kişi hangisiyle rahat ediyorsa onu uygulayabilir.

a. Dairesel:



Başparmak hariç elin ilk üç parmağının tabanı kullanılarak dairesel hareketlerle

b. Dikey çizgiler halinde:



c. Tekerlek şeklinde, ıspan tarzında:



5. *Meme başı muayenesi:* Meme başı başparmak ve işaret parmağı arasında nazikçe sıkılır.



6. *Koltukaltı muayenesi:* Sırtüstü uzanarak koltukaltı çukurunun ön, orta ve dış bölümleri derinlemesine palpe edilir (Sağlık Bakanlığı 2000).



7. Mastektomi yapılan taraf muayenesinde ise dikiş izi boyunca parmaklar gezdirilerek herhangi bir şişlik bulgusu aranmalıdır. KKMM de olduğu gibi mastektomi yapılan bölgedeki göğüs bölgesindeki dokunun da muayenesi yapılmalıdır (Kaymakçı 2010).

1.4. Meme Kanserinin Belirtileri

Memede kitle

Memede ağrı

Meme başında çekilme

Meme başında akıntı

Koltuk altında kitle

Meme derisinde yara, şişlik, eritem (kanlı görünüm)

Meme derisinde kaşıntı

Portakal kabuğu görünümü (Parlar ve ark., 2005).

Meme Kanserinin Uyarıcı Belirtileri



(Görseller: Parlar ve ark., 2005).

Her ay düzenli yapılan KKMM kendi meme dokumuzu tanımamızı sağlayarak herhangi bir normal olmayan yapsal değişikliği daha kolay farketmemizi sağlar. Normal olmayan herhangi bir değişiklik durumunda hekiminize KKMM bulgularınızı bildiriniz.

2. KOL-OMUZ EGZERSİZLERİ

Meme kanseri, gerek hastalığın kendi doğasından kaynaklanan, gerek gerçekleştirilen cerrahi girişimler ve radyoterapi uygulamalarından kaynaklanan çeşitli fonksiyon kayıplarına yol açabilir. Bunlar arasında omuz disfonksiyonu, üst ekstremité kas gücü kaybı ve lenfödem gibi fiziksel, psikolojik, cinsel ve kozmetik sorunlar sayılabilir (Temür ve Kapucu, 2018).

Meme kanserine yönelik ameliyatlardan sonra en sık karşılaşılan sorunlardan biri ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma ve kol kas gücünde azalma olmasıdır. Özellikle mastektomi sonrası kavrama gücünde azalma olması ve göğüs duvarının zayıflaması hastanın kol ve omuz hareketlerini sınırlayan diğer nedenlerdir (Karamanoğlu ve Özer, 2008).

Egzersiz programına; ameliyatı yapan cerrah, hemşire ve fizyoterapist birlikte belirlemeli ve izlemelidirler. Egzersizlere önem verilmemesi kas kısılmalarına neden olabilir. Ayrıca omuz ve kol egzersizlerinin düzenli olarak yapılması kadar etkilenen kolun uzun süre aynı pozisyonda tutmamak da önemlidir (Karamanoğlu ve Özer, 2008). Tüm bu problemlerin önüne geçmek için kol omuz egzersizlerinin önemi büyüktür. Bu egzersizlerin düzenli bir şekilde yapılması önerilmektedir (Ostos-Diaz ve ark., 2020; Türk ve Atalay, 2007).

Top sıkma egzersizi Avucunuza sığacak kadar bir lastik top kullanarak elinizi sıkıp gevşetiniz. El açıp kapama egzersizi (top sıkmaya benzer egzersiz); El, 15 ila 25 defa açılıp kapatılır. Bu hareket günde 3-4 kez tekrarlanır. Bu şekilde lenf sıvısının genel vücut dolaşımına dönüşü hızlanacaktır.

Saç tarama egzersizi: Dik oturun, dirseğinizi masaya dayayın ve bir tarakla saçınızın bir tarafını önden başlayarak geriye doğru tarayın daha sonra saçınızın tamamına taramaya çalışın. Günde en az iki kez egzersizleri tekrarlayabilir, ağrı olursa egzersizlere ara verebilirsiniz.

Duruş bozukluğunu önleyen egzersizler;



(Egz 1)



(Egz 2)

* Ayakta durarak bir omuzu yukarı doğru kaldırın ve indirin, daha sonra diğer omuz için aynı hareketi tekrarlayın (Egzersiz-1), her iki omuz ekleminizi dairesel hareket oluşturacak şekilde hareket ettirin. Bu hareket özellikle geriye doğru yapılmalıdır (Egzersiz-2)



(Egz 3)



(Egz 4)

*Sandalyeye oturun. Ellerinizi ensenizde birleştirin ve vücudunuzu yukarı doğru gerin (Egzersiz-3), Ayakta ellerinizi arkada birleştirin ve omuzlarınızı geriye doğru çekin(Egzersiz-4)

Göğüs kaslarınızı kuvvetlendirmek için;

* Göğüs seviyesinde her iki elinizi birleştirerek ellerinizi itmeye çalışın ve gevşetin (Egz:5)



Egzersiz: 5

Kollarınızı güçlendirmek için;

- * Kollarınızı omuz hizasına kaldırın ve bu pozisyonda geriye doğru küçük dairesel hareketler yaparak kolunuzu çevirin (Egz: 6)



Egzersiz: 6

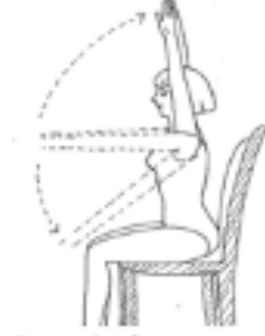
- * Sandalyeye oturun. Kollarınızı omuz hizasına kaldırın ve indirin (Egz: 7)



Egzersiz: 7

Omuz eklemlerinin hareketi için;

- * Sandalyeye oturun. Ellerinizi bacaklarınızın üzerine koyun ve daha sonra kollarınızı yukarı kaldırın ve indirin(Egz:8)



Egzersiz: 8

Kollarda şişmeyi/ödemi önlemek için;

- * Kolunuz üst kol omuz hizasında düz, ön kolunuz üst kola dik olacak şekilde sandalyeye oturun. Ellerinizi kapatın (yumruk yapın) ve açın. 3-4 kez tekrarlayın. Kollarınızı aşağıya indirin, gevşeyin ve hareketi tekrarlayın (Egz:9)



Egzersiz: 9

- * Yüzünüzü duvara dönün. Duvara iyice yaklaşın. Ellerinizi duvara tırmanıyormuş gibi yapın. Kolunuzda acı, ağrı hissettiğinizde harekete son verin. Bu hareketle her gün kolunuzu biraz daha yukarı kaldırdığınızı göreceksiniz (Egz:10)



Egzersiz: 10

Görseller: <http://pomasto.eu/>

Mastektomi Sonrası Genel Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin mastektomili bireylerin bedenleri üzerinde birçok yararı vardır. Kas kütlesini, gücünü, dayanıklılığını ve kemik gücünü korumanıza aynı zamanda depresyon, stres, yorgunluk, mide bulantısı ve kabızlığı azaltır, iştahı iyileştirebilir.

Bu nedenle, mastektomi sonrası kişilerin aktivite hakkında hekimi ve fizyoterapisti ile görüşmeleri önerilir. Küçük bir fiziksel aktiviteyle (her gün belki 5 ila 10 dakika) başlanması ve ardından mümkün olduğunca haftada 150 dakika hedefine kadar çalışılması etkili egzersiz için önerilir. Yüzme, yoga, suda aerobik ve ritmik yürüyüşler yararlı olacak egzersizler arasındadır. (Perioli ve ark., 2018).

3. LENFÖDEM

3.1. Lenfödem nedir?

Lenfatik dolaşımın bozulması sonucu, proteinden zengin sıvının birikimi olarak tanımlanabilir. Meme kanseri cerrahisi sonrası koltuk altı lenf bezlerinin çıkarılması sonucunda ortaya çıkan sıkıntı verici komplikasyonlardan biridir. Koltuk altı lenf akımının engellenmesi sonucu kolda şişme, rahatsızlık hissi ve ağrıya neden olur (Anadolu Lenfödem Derneği, 2021).

Meme kanseri tedavisinin en yaygın komplikasyonlarından biri olan lenfödem; ağrı, etkilenen uzuvun hareket yeteneğinde azalma veya kayıplara neden olarak bireyleri fiziksel, fonksiyonel ve psikososyal açıdan olumsuz yönde etkilemektedir. Meme kanseri tedavisi sonrası, üst uzuvdan yeterince lenf akışı olmaması sonucu gelişir. Bu durum cerrahi girişim veya radyoterapi sonucu lenf sisteminin kısmi veya tümünden tahribatıyla ilgilidir. Özellikle cerrahi alan genişliği, radyoterapi ve kemoterapi gibi diğer tedavilerin bir arada uygulanmasının da lenfödem riskini artırdığı belirtilmektedir (Dönmez ve Kapucu, 2017). Geç dönem lenfödemi önlemek için cerrahi sonrası başlanan izlemin sürdürülmesi önerilmektedir (Karamanoğlu ve Özer, 2008). Lenfödem, gelişiminden sonraki dönemde tedavisi oldukça zor olmasına rağmen önenebilen bir sorundur (Temur ve Kapucu, 2018).

Lenfödem nedeniyle etkilenen ekstremitelerde şişlik, ağrı, his ve güç kaybı, dolgunluk hissi, esneklikte azalma görülür. İlerleyen süreçte hastanın eklem hareketleri kısıtlanır, cilt hassaslaşır, gerginleşir ve böylece doku bütünlüğü bozulma riski oluşacağından enfeksiyona yatkın bir durum yaratılmış olur.

Lenfödemi önlemek amacıyla hastaların lenfödem risk faktörlerini bilmeleri ve lenfödeme neden olabilecek durumlardan kaçınmaları, aktif ve pasif kol egzersizlerini yapmaları, lenfödem yönünden etkilenen bölgeyi değerlendirmeleri ve bunun ömür boyu hastaların öz yönetiminde olması önerilmektedir (Temur ve Kapucu., 2018).

3.2. Lenf Ödemden Korunma

Lenfödem tedavisinde en önemli yöntem durum gelişmeden önce engellemektir. Bu nedenle lenfödem konusunda bilgilendirilmeniz önemlidir. Her gün üst ve alt kol çevresi ölçülür. Kol çevresi ölçümü için altı nokta önerilmektedir; elin orta bölümü, bilek, dirsek, üst kol, dirseğin 10 cm altı ve üstü. Etkilenmeyen taraftaki kol ve kolun ameliyattan önceki ölçümü ile kıyaslanır, kayıt edilir (Her iki kol arasındaki fark 2 cm ve üzerinde ise lenf ödem olarak kabul edilir). Size kol çevresinin nasıl ölçüleceğinin ve kaydedileceğinin öğretilmesi ile olası bir değişikliği hemen fark edebilirsiniz (Akyolcu ve Özbaş, 2018; Karayurt ve ark., 2017).

Mastektomi sonrası korunma konusunda yapılacakları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Lenfödemın erken tanınması (ameliyathı bölgedeki kol ve/veya elde ödem, ağırlık duygusu ve lokalize ağrı)
- Mümkün olduğunca kolun kalp hizasından yüksekte tutulması
- Etkilenen kol ile süratle-tekrarlanan hareketler (ovma, çekme, itme gibi) yapmaktan kaçınma
- Etkilenen el ve kola saat, yüzük, bilezik takmama
- Bol ve sıkmayan giyisiler giyme
- Aşırı sıkan telli (halenli) sütyenler ve ağır meme protezleri kullanılmaması
- Etkilenen kola iğne, tansiyon ölçtürme, kan aldırma ve damardan kan/ilaç almadan kaçınma
- Bulaşık ve çamaşır gibi ellerin uzun süre suda kalacağı durumlarda ve bahçe işleriyle uğraşırken eldiven giyme
- Manikür yaptırmama, tırnakları çok derin kestirmeme (Manikür yapılacaksa kişiye özel manikür seti ile profesyonel manikür önerilir)
- İdeal kiloda olma
- Cilt bakımına dikkat etme
- Gelişebilecek enfeksiyonlardan kendini koruma
- Dikiş dikerken yüksük kullanma
- Güneş yamıkları ve sıcak cisimlerden korunma

- Banyo yaparken veya bulaşık yıkarken, ani soğuk-sıcak değişikliklerinden, saunadan ve güneşten kaçınma (Yüksek ısı nedeniyle gelişen damarların genişlemesi durumu ödeme neden olabilir).
- Koltuk altındaki tüyler için gerektiğinde elektrikli epilator kullanma, sık sık makinenin bakımını yapma, başlığını değiştirme
- Kesik, ezik, böcek sokması vb. durumlarda bölgeyi yıkama ve antiseptik bir solüsyonla temizleme
- Kuvvetli deterjanlar kullanmama
- Lenfödemle ilgili bilezik ya da kolye taşıma (Acil bir durumda sağlık personelinin dikkatini çekerek riskli kola girişim yapılmasını önlemek amacıyla).
- Etkilenen taraftaki kolla ağır kaldırmama (4-6 kg' dan ağır kaldırılmamalı).
- Dengeli, tuz oranı düşük ve yüksek lif içeren bir beslenme planı uygulanması
- Kolay sindirilen proteinleri içeren besinleri (balık ve tavuk) alınması
- Sigara ve alkolü içeceklerden uzak durulması (Akyolcu ve Özbaş, 2018; Karayurt ve ark., 2017).

3.3. Lenfödem belirti ve bulgular nelerdir?

- Elde, kolda, omuzda, göğüste ve memede gözle görülebilir şişme
- Etkilenen kolda rahatsızlık, acı ve sızlama tarzında ağrı
- Etkilenen kolda ağırlık, dolgunluk, gerginlik
- Etkilenen kolda uyusukluk, karıncalanma, güç kaybı
- El, bilek ve omuz hareketlerinde ve esnekliğinde azalma
- Deride değişiklikler, sert hissetme veya kırmızı görüntü,
- Aynı sütyenin%, iç çamaşırının, dar gelmesi,
- Aynı ceket ve gömlek kollarının dar gelmesi
- Kilo alınmadığı halde yüzük, saat veya bileziği dar hissetme
- Kolların dökülmesi (Akyolcu ve Özbaş, 2018; Karayurt ve ark., 2017).



(Kaynak: <http://www.meme-saglik.com/memenin-diger-hastaliklari/lenfodem.html>)

Lenfödem belirtileri geliştirse;

Lenfödem belirtilerini fark etmeniz halinde olası bir lenfödem varlığının erken tanınmasını sağlamak amacıyla hemen hekiminize ve fizyoterapistinize ile iletişime geçiniz.

- Belirtilerin varlığında otururken veya yatarken etkilenen kol bir yastık ile yükseğe kaldırılır (Dolaşımın hızlanmasını sağlamak amacıyla).
- Egzersizlere düzenli bir şekilde devam edilir (Dolaşımın hızlanmasını sağlamak amacıyla).
- Riskli kolla süratle-tekrarlanan hareketler (ovma, çekme, itme gibi) yapmaktan kaçınılır.
- Ödemli (ya da riskli) kol temiz tutulur (Çatlak gibi doku bütünlüğü bozan durumları ve cildin kurumasını önlemek için lanolinli kremler kullanılır).
- Gerektiğinde elastik bandajla basınç uygulama, manuel lenf drenajı uygulama ve basınçlı elbiseler kullanılır (Akyolcu ve Özbaş, 2018; Karayurt ve ark., 2017).

3.4. Lenfödem Varlığında Egzersiz

Egzersiz kanserin önlenmesi, kontrol altına alınması ve kanser rehabilitasyonunun sağlanmasında önemli bileşenlerden birini oluşturmaktadır. Kanser tedavisi sonrasında düzenli egzersiz yapmanın tedaviye bağlı sorunları azaltması, fonksiyonelliğin ve yaşam kalitesinin

iyileştirilmesi ile birlikte genel ve kansere özgü sağ kalımı iyileştirmede de etkili olduğu belirtilmektedir.

Fizyolojik olarak egzersiz, iskelet kaslarını aktive ederek etkilenen ekstremitedeki venöz ve lenfatik dönüşü artırma etkisine sahiptir. Kasın yapmış olduğu pompalama aktivitesi diğer destekleyici mekanizmalarla birlikte bu sıvıları kalbe doğru yönlendirir ve bu sayede kesintisiz bir dolaşım sağlanmış olur. Kilo alımı ve/veya obesitenin meme kanseri tedavisi sonrasında lenfödem riskini artırdığı bilinmektedir (Dönmez ve Kapucu, 2017).

3.5. Seyahat

Uzun sürecek uçak veya otobüs ile seyahat etmeden önce mutlaka hekiminize ve fizyoterapistinize danışınız. Gerekliyse kolumuza bandaj yapınız veya kolluk kullanınız.



4. REKONSTRÜKSİYON (MEMENİN YENİDEN YAPILANDIRILMASI)

Bireyin bedenini yeniden bütün hissetmesini sağlamak amacıyla meme dokusunun yeniden oluşturulması ve şekillendirilmesiyle olumlu beden imajı duygularının sürdürülmesidir. Rekonstrüksiyon mastektomi ile eş zamanlı yapılabileceği gibi mastektomi sonrası yıllar sonra da yapılabilmektedir (Amerikan Cancer Society, 2021).

Mastektomili bireylerin meme kaybına bağlı olarak yaşadıkları sorunların azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin artırılmasında memenin yeniden yapılandırılması önemli rol oynamaktadır (Günay, 2018).

Çalışmalarda rekonstrüksiyon ile hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları daha az yaşadığı, hastanın yaşam kalitesinin yükseldiği ve dolayısı ile sağ kalımın arttığı gösterilmiştir (Göktaş, 2008).

Eşzamanlı (Erken) Rekonstrüksiyon: Mastektomi ile aynı anda uygulanır. Ancak operasyon sonrası radyoterapi uygulaması rekonstrüksiyonu olumsuz yönde etkileyebilir.

Ertelenmiş (Gecikmiş) Rekonstrüksiyon: Yeniden yapılandırma işlemi mastektomi sonrası bir zamana ertelenebilir. Bazı kadınların mastektomi sonrası göğüs duvarına radyasyon tedavisi alması gerekebilir ve rekonstrüksiyon ertelenir. Çünkü rekonstrüksiyon sonrası radyoterapi komplikasyonlara neden olabilir (Amerikan Cancer Society, 2021; Aslener, 2014; Göktaş, 2008).

4.1. Meme Rekonstrüksiyonu Seçenekleri

Farklı cerrahi tekniklerin kullanıldığı meme rekonstrüksiyonunda, hastanın tercihi, uygun doku miktarı, radyoterapi öyküsü olup olmadığı dikkate alınarak uygulanacak teknik belirlenir. Tedaviye uyum ve yeterli cilt dolaşımı için rekonstrüksiyon uygulanacak hastanın eğer içiyor ise sigarayı bırakması önemlidir.

Meme rekonstrüksiyonu implant, kişinin kendi dokusu veya her ikisinin kombinasyonu ile yeni bir meme oluşmasını sağlayan, memenin geri kalanına şekil veren ve simetri kazandıran cerrahi girişimlerdir (Günay, 2018).

İmplantlar: Doku genişletilmesi sonrası kalıcı meme implantları olan implantların yerleştirilmesi basit bir seçenek olup verici doku kullanılmayacağından daha kısa sürede iyileşme olur. Hasta ve cerrah tarafından implant tipinin seçiminde, memenin boyutu, şekli ve çevresi göz önüne alınır.

Otojen Doku Rekonstrüksiyonu: Mastektomi sonrası memenin yeniden yapılmasında hastanın kendi donör (verici) alanından alınan dokunun kullanılmasıdır.

Zamanlama açısından doğru tercihin yapılması, plastik cerrah ile hasta ve ekibin diğer üyeleri, özellikle de onkolojik cerrah arasındaki iletişime ve doğru bilgi alışverişine bağlıdır (Altay ve ark., 2015).

4.2. Meme rekonstrüksiyonunun nedenleri

Bir kadın birçok nedenden dolayı:

- Sütyen veya mayo giyildiğinde memelerin dengeli görünmesi için
- Giysilerin daha iyi oturmasına yardımcı olmak için
- Göğüs şeklini kalıcı olarak geri kazanmak için
- Sütyen içine konulan bir meme formu (dış protez) kullanmak zorunda kalmamak için
- Vücudu daha iyi hissetmek için rekonstrüksiyonu tercih edebilir.

Meme rekonstrüksiyonu yeni kanser oluşumunu gizleyebilir ya da yeni kanser oluşumuna neden olabilir mi?

Araştırmalar, rekonstrüksiyonun meme kanserine neden olmadığını göstermektedir. Günümüzde özellikle tıp ve teknolojiadaki gelişmelerle rekonstrüksiyonun, nükslerin erken saptanmasını etkilemediği, kadınların mastektomi sonrası beden algısı sorunlarıyla başetmelerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Günay, 2018).

5. EKSTERNAL (DIŞ) PROTEZ VE SÜTYEN KULLANIMI

Meme kanseri tedavisinin bir parçası olarak mastektomi uygulanmış bazı kadınlar herhangi bir meme rekonstrüksiyonu yaptırmayı tercih etmeyebilirler. Bunun nedeni daha fazla ameliyat olmak istemedikleri veya mümkün olan en kısa sürede normal aktivitelere geri dönebilmek olabilir. Sigortası olmayan kadınlar için maliyet de bir sorun olabilir. Kadınlar daha sonra fikir değiştirirlerse, yeniden meme yapılandırma seçeneği devam etmektedir (Yener ve ark., 2009).

Bazı kadınlar için ise meme rekonstrüksiyonu, sahip oldukları diğer sağlık sorunları nedeniyle zor veya hatta mümkün olmayabilir. (Örneğin, obezite, çok zayıf olmaz veya kan dolaşımı problemleri gibi) (Yener ve ark., 2009).

Meme rekonstrüksiyonu yaptırmadı iseniz ameliyattan sonra sütyen ve eksternal protez kullanmalısınız (sütyen içinde veya elbise altına takmak için kullanılan dış protezler).

5.1. Özel sütyen ve Eksternal (dış) protez türleri ve bakımı

Dış meme protezleri rekonstrüksiyona karar veremeyen kadınların ameliyat öncesindeki meme görünümünü elde etmek için bir seçenektir. Meme protezleri doğal meme görüntüsünü hissetmek amacıyla içerisinde özel cepleri olan sütyenler içerisinde yerleştirilmektedir.

Tek taraflı yapılan mastektomi sonrası diğer memenin yapacağı ağırlık vücutta duruş ve şekli bozukluklarına neden olabilmektedir. Bu duruş bozukluğu nedeniyle sürekli bir kas gerilimi meydana gelebilir. Bu durum zamanla omuz, sırt, bel, boyun ve baş ağrılarına neden olabilir. Dış meme protezi kullanarak tek taraflı meme ağırlığının getirdiği sorunları azaltmış olursunuz. Bunun yanı sıra, protez memeler herhangi bir cerrahi girişim gerektirmeden beden bütünlüğünüzün ve estetik görüntünüzün düzelmesine yardımcı olacaktır.

Çeşitli meme dış meme protezleri olduğu gibi birçok meme protezi doğal meme dokusunun hareketini, hissini ve ağırlığını taklit eden malzemelerden yapılır. Doğru ağırlıkta bir protez, vücudunuzun doğru duruş için ihtiyaç duyduğu dengeyi sağlar ve sütyeninizi sabitleyerek yukarı çıkmasına engeller. İlk başta, bu formlar çok ağır gelebilir, ancak zamanla daha doğal bir his olacaktır (<https://www.breastcancer.org/>).

Silikon jel, köpük veya fiber dolgu gibi birçok şekil, boyut ve malzemeden üretilen meme protezleri bulunmaktadır. İki ana meme protezi türü vardır ve her biri farklı zamanlarda ve farklı nedenlerle kişi için uygun olabilir:

- **Hafif bir model (polyfill veya köpük)** protezler rahattır. Ayrıca sıcak havalarda ve yüzmeye sırasında iyi hissettirir ve makinede yıkanabilir. Hafif göğüs protezlerinin çoğu klorlu veya tuzlu suda giyilebilir.
- **Silikon protezler** ise daha gerçekçi görünebilir ve günlük kullanım için daha doğal gelebilir. Cinsel ilişki sırasında protez takmayı tercih eden birçok kadın partnerine karşı en doğal hissi verdikleri için silikon protezleri tercih ederler.

Silikon protezler, özellikle iri göğüslü kadınlar için köpük dolgulu modellere göre daha ağır ve daha konforludur. Dengeli ağırlıktaki silikon, omuzlarınızı ve duruşu daha düz tutmaya yardımcı olur.

Tuzlu su, havuz suyu ve sıcak küvetler silikon protezi yapışkan hale getirebilir yada inceltebilir. Mümkünse, herhangi bir suda silikon protez kullanmaktan kaçınmak ve bunun yerine daha ucuz, hafif bir meme protezleri olan köpük türlerinin kullanılması önerilir. Silikon

protezler sadece elde yıkanabilir. Ayrıca sahip olduğunuz sütyen veya kıyafetlerinize cepler diktirerek meme protezlerinizi kullanabilirsiniz (<https://www.breastcancer.org/>).

- Protezinizi her kullanımdan sonra elde yıkayınız. Ilık su ve hafif kokusuz sabun veya temizleyici kullanınız. Protezi iyice durulayınız ve bir havluyla kurulayınız.
- Deniz veya havuzda yüzdükten hemen sonra kloru veya tuzlu suyu çıkarmak için protezi temiz suda durulayınız.
- Protezinizin çevresinde vücut losyonu, parfümlü deodorant veya bronzlaşma losyonu kullanmaktan kaçınınız çünkü bu ürünler protezinize zarar verebilir.
- Şeklini korumasına yardımcı olmak ve güneş ışığından ve ısıdan korumak için protezinizi kendi kutusunda saklayınız.
- Özellikle çalıların veya dikenli bitkilerin yakınında bahçecilik yapıyorsanız, bahçeyle uğraşırken dikkatli olunuz.
- Evcil hayvanları tutarken dikkatli olunuz, böylece pençeleri protezinize zarar vermez.

- Köpük Protezler



- Silikon Protezler



- İçerisine Protez Yerleştirilebilen Cepleri Olan Mastektomi Sötyenleri



6.1. 5.2. Herhangi Bir Yöntem Kullanmama Seçeneği

Çoğu kadın için özellikle her iki meme de alınmışsa, göğüs duvarında düzleşmenin ek sağlık sorununa neden olması beklenmez. Ancak tek taraflı mastektomi durumunda, özellikle de meme büyükse, denge, duruş veya sırt ağrısı ile ilgili sorunlar ortaya çıkabilir. Bu, bazı kadınların memelerdeki ağırlığı dengelemek için dış meme protezi giymeyi tercih etmelerinin bir nedenidir. Bunun sizin için bir sorun olabileceğini düşünüyorsanız, seçenekleriniz hakkında konuşmanız önerilir.

Bazı kadınlar dışarıdayken dış meme protezi kullanabilir, ancak evde kullanmak istemeyebilir. Bunun nedeni, meme protezlerini rahatsız edici veya çok pahalı bulmaları ya da meme protezi olmadan nasıl göründükleri ve hissettikleri konusunda rahat olmamaları olabilir. Kişilerin eğer evlenme, birliktelik fikri varsa ancak başkalarının ne düşüneceği konusunda endişeliyse, evde, arkadaşları ile dışarıdayken veya dışarı çıkarken olduğu gibi farklı durumlarda meme protezi

olmadan gidilmesi denenebilir. Kişi meme protezinin olmadığını çoğu insan tarafından fark edilmeyeceğini görerek psikolojik olarak kendini daha rahat hissedecektir.

Kişi dış meme protezi ile ilgili herhangi bir yöntem kullanmamaya karar verirse, görünüşüyle ilgili rahat hissetmeye yardımcı olabilecek giysiler giymeyi düşünebilir. Dar olmayan ve yoğun desenlere sahip üstler giymeyi veya dar üstlerin üzerine kazaklar veya ceketler giyilmesi denenebilir. Eşarplar ve şallar da göğüsün tamamını veya bir kısmını kaplayacak aksesuarlar yine kişiler için iyi bir alternatif olabilir (<https://www.breastcancer.org/>).

6. MASTEKTOMİ SONRASI GEÇ KOMPLİKASYONLAR

Kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri için mastektomi uygun olan vakalarda kullanılan cerrahi seçeneklerden biridir. Ancak mastektomi sonrası hastaların 2/3'ünde cerrahiye bağlı komplikasyonlar görülmektedir (Gülşen ve Akansel, 2018).

Mastektomiye bağlı komplikasyonlar erken (ameliyatın ilk ayı içerisinde) ve uzun dönem komplikasyonlar olarak 2 gruba ayrılmaktadır.

En sık görülen komplikasyonlar; omuz disfonksiyonu, üst ekstremité kas gücü zayıflığı ve lenfödemdir (Büyükcakıncak ve ark., 2014).

Uzun dönem komplikasyonlar

- Lenfödem (Sayfa 10' da ele alınmıştır)
- Göğüs kasının küçülerek zayıflaması (sayfa 13' te ele alınmıştır)
- Kısıtlı kol hareketliliği (sayfa 13' te ele alınmıştır)

Kapsamlı cerrahi, geç omuz ve kol fizyoterapisi, koltukaltı radyoterapisi (RT) ve lenfödem varlığı bu komplikasyonların görülmesinden sorumlu bulunmuştur. Bu komplikasyonlar mastektomi sonrası uyulması gereken öneriler ve egzersizler ile önlenmektedir (Lacomba ve ark., 2010)

7. MASTEKTOMİ SONRASI MAMOGRAFİ TAKİPLERİ

Meme kanserini tedavi etmek için mastektomi uygulanan kadınların genellikle kanserden etkilenen tarafta rutin tarama mamogramlarına ihtiyacı yoktur, tek taraflı yapılan mastektomide primer kanser nedeniyle risk artacağı için mastektomi yapılmayan taraf için her yıl düzenli olarak mamografi yapılmalıdır. Mastektomiden sonra mamografi yapılamamasının nedeni yeterli doku kalmamasıdır. Ancak yine de kanser mastektomi yapılan taraftaki deride veya göğüs duvarında nüks edebilir, bu durumda fizik muayenede tespit edilme olasılığı daha yüksektir. Bu nedenle düzenli Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Klinik Meme Muayenesi aksatmayınız.

Rekonstrüksiyonu tercih etmiş kadınların mamografi çekirtmesi mümkündür, ancak uzmanlar mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapılan kadınların rutin mamografilere ihtiyacı olmadığı konusunda hemfikirdir. Yine de, bir fizik muayene sırasında endişe verici bir alan bulunursa, tanısal bir mamografi yapılabilir. (Bölgeye yakından bakmak için ultrason veya MRI da kullanılabilir). (Amerikan Cancer Society, 2021).

8. MASTEKTOMİ SONRASI KANSER TEDAVİSİ

Meme kanseri tedavisi uzun sürebilen bir tedavidir. Kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin ardından hormon tedavisine devam edilebilmektedir. Meme kanserinin hormonal tedaviye yanıt vermesi tümör dokusunda bulunan östrojen ve progesteron reseptör varlığı ile yakından ilgilidir. Hormonal tedavide meme kanseri hücrelerinin büyümesine yardımcı olan östrojen ve progesteronun etkilerinin bloke edilmesi amaçlanmaktadır. Tamoksifen, meme kanseri tedavisinde ve meme kanserinin oluşmasını önlemede kullanılan en yaygın antiöstrojen tedavidir. Tamoksifenin yan etkileri: Vajinal kanama, adet düzensizlikleri, sıcak basması, bulantı ve kusma gibi etkilidir. Kemoterapiye göre yan etkileri az olsa dahi uzun süreli kullanımları nedeni ile oluşabilen yan etkiler önemlidir. Özellikle tamoksifen uygulaması sırasında tromboembolik hastalıklar, endometrium kanseri ve katarakt gibi komplikasyonlar meydana gelebilir. Tamoksifen kullanıyor iseniz, yıllık olarak jinekolojik muayenenizi yaptırınız (Cantürk ve Arıbal, 2007; Karamanoğlu ve Özer, 2008; Polin ve Ascher, 2008).

9. PSİKOLOJİK DESTEK VE PSİKOTERAPİ

Bir psikologla görüşmek sadece konuşmak değildir. Düşüncelerden, duygulardan bahsetmek sizi çoğu zaman gerginlikten kurtaran bir unsurdur. Psikolog, hastalarla farklı teknikleri paylaşarak fiziksel ve psikolojik açılarla baş etmeye yardımcı olur. Aynı zamanda rasyonel düşünceyi de destekler (olumlu olmak zorunda değildir, ancak mümkün olduğu kadar iyi işlev görmesine ve zahmetli günlük yaşamla başa çıkmasına yardımcı olur). Daha da önemlisi, psikologla yapılan görüşmelerde hastanın ihtiyaç duyduğu gereksinimin gerçekleşmesidir (yalnızca ikinci bir kişinin varlığı sessizce birlikte oturmak ve diğer zamanlarda yaşamın anlamı ve hakkında konuşmak olsa bile).

Psikoterapi, mastektomi sonrası kadınların iyileşmesi için uygun bir yöntemdir. Kadınlar evde kendi başlarına çalışabilirler. Düşüncelerini olumluya çevirebilirler. Olumlu bir insanın mutluluğu, sağlığı ve başarıyı beklediğinin ve her türlü engeli ve zorluğu aşabileceğine inandığını bilmek önemlidir.

Pozitif düşünce herkesin inandığı ve takip ettiği bir kavram değildir. Bununla birlikte, pozitif düşünceyi bir gerçek olarak kabul eden ve etkinliğine inanan birçok sayıda insan vardır. Yapılan her şeyde olumlu düşünme tutumunu benimsemek gerekir. Olumsuz duygular zihninizi daraltır ve düşüncelerinizi olumsuza odaklar. Dahası, olumsuz duygular beynin sizi çevreleyen diğer seçenekleri ve tercihleri görmesini engeller (Arrovo ve Lopez, 2011).

Olumlu düşünmeye ulaşmak için bazı fikirler:

- **Meditasyon:** Her gün meditasyon yapan insanlar, yapmayanlara göre daha olumlu duygular sergiler,
- **Yazma:** Her gün olumlu düşünceleriniz hakkında yazın,
- **Dinleme:** Olumlu düşünmenin sesini dinleyin
- **Okuma:** Bir motivasyon kitabı okuyun örneğin Louise Hay (Orta yaşlarda yakalandığı kanser hastalığını içsel gücü ile iyileştirmiş, bu alanda kitaplar yazmıştır. Bu konuda başkalarına motive etmiş, eğitmiş ve dünyada sayılı kişisel gelişimciler arasına girmeyi başarmıştır). (MFMER, 2021).

10. SOSYAL DESTEK

Kadın Dernekleri

K.K.T.C.

Dernek: Kanser Hastalarına Yardım Derneği

Tel: (0392) 227 05 85

<https://www.khyd.org/>

Adres: Ali Rıza Efendi Caddesi, Necati Hasan Binaları, Dükkan no: 16, Ortaköy / Lefkoşa
(KHYD eski 2. el satış dükkânı)

T.C.

6.1.1. Federasyon: Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu

<http://www.tmhdf.org.tr>

e-posta: tmhdf@tmhdf.org.tr

6.1.2. Vakıf: Türkiye Meme Vakfı

<http://www.memekanseri.org.tr>

19 Mayıs Caddesi No 4 Nova Baran Plaza

Açımed Polikliniği 2. Kat Şişli İstanbul

Tel: +90 212 232 69 42

e-posta: info@memekanseri.org

6.1.3. Dernek: Meme Sağlığı Derneği

<http://memeder.org>

Bahçeşehir Gelişim Akademisi Binası Bodrum Kat No:1 34538 Bahçeşehir

Başakşehir/İstanbul

Tel: +90212 669 8451

e-posta: info@memeder.org

6.1.4. Dernek: Türk Kanser Derneği

<http://www.turkkanserdernegi.org>

Prof. Dr. Bedii Gorbun Sk. Şişhane 34440 İstanbul

Tel: +90212 238 30 30

e-posta: saglik@turkkanserdernegi.org

6.1.5. Dernek: Ankara Meme Hastalıkları Derneği

<http://www.ankaramemehastaliklariderneği.com>

Koru Mah. İhlamur Cad. No:26 Çayyolu / Yeni Mahalle / ANKARA

e-posta: info@ankaramemehastaliklariderneği.com

6.1.6. Dernek: MetAmazon Metastatik Meme Kanseri Derneği

Tunah Hilmi Caddesi Kuşulu Pasajı

NO: 18/23 Kavaklıdere/ANKARA

Telefon: +90532 743 43 78

https://www.facebook.com/pg/MetastatikMemeKanseriDerneği/about/?ref=page_internal

6.1.7. Dernek: Kanserle Dans Derneği

<http://www.kanserledans.org>

Osmanağa Mahallesi Pavlonya sokak No: 6/20 Kadıköy –İstanbul

e-posta: info@kanserledans.org

6.1.8. Dernek: Pembe Güç Derneği

<http://www.memesaglik.com/meme-kanseri-tedavisi/pembe-guc-derneği.html>

Vital Fulya Plaza

Teşvikiye Mh. Hakkı Yeten Cad.

No:23 Kat:8 Med-Ofis

Fulya / Şişli / İSTANBUL

Tel: +9 0531 585 2 111

e-posta: pembeguc@yahoo.com.tr

6.1.9. Dernek: Meme Kanseri İle Savaşım Derneği

<https://www.facebook.com/Meme-Kanseri-ile-Savaşım-Derneği-1505402643021913/>

Telefon: +905309459200

<https://www.facebook.com/Meme-Kanseri-ile-Savaşım-Derneği-1505402643021913/>

6.1.10. Vakıf: Türkiye Kanserle Savaş Vakfı

<http://www.kanservakfi.com>

Nispetiye Mh. Yücel Sk. No:6 34340- Levent/

Beşiktaş İstanbul

Tel: 009(0212) 278 83 41

e-posta: info@kanservakfi.com

%

KAYNAKÇA

- Akkaş, A. (2002). Mastektomi sonrası hastaların evde izlemelerinin değerlendirilmesi, Hacettepe üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü. Doktora tezi. Ankara.
- Akkaş Gürsoy, A. (2002). Mastektomi sonrası hastaların evde izlenmelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı; Ankara, Yayınlanmamış doktora tezi.
- Akyolcu, N., Özbaş, A. (2018). Üreme sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. İçinde Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G. (Ed.). *Cerrahi Hemşireliği II*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 327-376.
- Altay, B., Avcı, İA., Rizalar, S., Oz, H., Meral, D. (2015). Breast and cervical cancer knowledge and awareness among university students. *Asian Pac J Cancer Prev*; 16: 1719- 1724.
- Anadolu Lenfödem Derneği, 2021. <https://lenfodemdernegi.org.tr/>. Son erişim tarihi: 07.11.2021
- Arroyo, J. M. G., ve López, M. L. D. (2011). Psychological problems derived from mastectomy: a qualitative study. *International journal of surgical oncology*.
- Aslay, I., Acunaş, G., Cantürk, Z., Arıbal, E. (2007). Meme Kanseriinde İzlem. *Meme Sağlığı Dergisi*, Cilt: 3 Sayı: 2.
- Banlı, O., Altun, H., & Kavlıkoğlu, B. (2005). Mastektomiden sonra görülen geç dönem lokal nüksler: Bir olgu sunumu. *Turkish Journal of Surgery*, 21(4), 204-205.
- Büyükakıncak, Ö., Akyol, Y., Özen, N., Ulus, Y., Cantürk, F. (2014). Meme kanseri olan hastalarda cerrahi sonrası erken dönemde yaşam kalitesi: omuz ağrısı, el kavrama gücü, dizabilite ve emosyonel durum ile ilişkisi. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60(1).
- Cantürk, Z., Arıbal, E. (2007). Meme Kanseriinde İzlem. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt: 3, sayı:2.
- Dönmez, A. A., ve Kapucu, S. (2017). Meme kanseri ilişkili lenfödem: Egzersiz yapmak için bir engel midir?. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 238-251.
- Eti Aslan F, Gürkan A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*; 3: 63-68.
- Feroli, M., Zauli, G., Martelli, A. M., Vitale, M., McCubrey, J. A., Ultimo, S., ... & Neri, L. M. (2018). Impact of physical exercise in cancer survivors during and after antineoplastic treatments. *Oncotarget*, 9(17), 14005.
- Göktaş, S. B. (2008). Meme kanserinde mastektomi sonrası uygulanan erken ve geç rekonstrüksiyonun hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

Gülşen, M., & Akansel, N. (2018). Hastanın Kendi Dokusu Kullanılarak Oluşturulan Meme Rekonstrüksiyonları ve Hemşirelik Bakımı. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(1), 45-51.

Günay, A. (2018). Mastektomili Hastaların Meme Rekonstrüksiyonunu Tercih Etme Durumları Ve Beden Algılarının Belirlenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

<https://www.breastcancer.org/>, 2021. Son erişim tarihi: 07.11.2021

[https://www.cancer.org/\(2021\)](https://www.cancer.org/(2021)). Son erişim tarihi: 07.11.2021

Kankaya, B., Büyükaşık, S., Kapan, S., & Halil, A. L. I. Ş. (2019). Meme Kanseri Tedavisinde Güncel Yaklaşım/Current Management in Breast Cancer. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 2(1), 7-10.

Karamanoğlu, A.Y., Özer, F. G. (2008). Mastektomili Hastalarda Evde Bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*, Cilt: 4 Sayı: 1.

Karayurt, Ö. Ursavaş, F. E. Çömez, S. (2017). Endokrin Cerrahisi: Meme Cerrahisinde Bakım. *Cerrahi Bakım içinde* (s. 583-627). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Kaymakçı, Ş. (2010). Şok. İçinde: A. Karadakovan, F. Eti-Aslan (Ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 1. Basım, Adana: Nobel Kitabevi, 177-187.

Kaymakçioğlu, N. (2005). Meme kanserinde izlem. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*, 11(4), 392-400.

Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, Grunfeld E, Muss HB, Vogel VG, et al. (2013). American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology 2013 Journal of Clinical Oncology 31, no 7 961-965

Lacomba, M. T., Sánchez, M. J. Y., Gofñi, Á. Z., Merino, D. P., del Moral, O. M., Téllez, E. C., ve Mogollón, E. M. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *Bmj*, 340.

Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). (2021). <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/meditation/in-depth/meditation/art-20045858>.

Mete, B., ve Beydağ, K. D. (2021). Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu Yapılan Kadınlarda Benlik Saygısı Ve Sosyal Görünüş Kaygısı İlişkisi. *Sağlık ve Toplum*, 31(2), 159-171

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology, Breast Cancer. Version 2, 2010. www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp

Ostos-Díaz, B., Casuso-Holgado, M. J., Muñoz-Fernández, M. J., Carazo, A. F., Martín-Valero, R., & Medrano-Sánchez, E. M. (2020). Early Physical Rehabilitation after Sentinel Lymph

Node Biopsy in Breast Cancer: Is It Feasible and Safe?. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8382.

Parlar, S., Kaydul, N., & Owayolu, N. (2005). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 72-83.

Polin, S. A., ve Ascher, S. M. (2008). The effect of tamoxifen on the genital tract. *Cancer Imaging*, 8(1), 135.

Sevil Ü, Ünsal Ş (2002). Meme kanserinde risk faktörleri ve erken tanı. *Hemşirelik Forumu* 5(6): 32-39.

Şimşir Atalay, N., Taflan Selçuk, S., Ercidoğan, Ö., Akkaya, N., Sarsan, A., Yaren, A., & Şahin, F. (2011). Meme Cerrahisi ve Aksiller Diseksiyon Uygulanan Meme Kanseri Hastalarında Üst Ekstremité Problemlerinin Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 14.

Temur, K., Kapucu, S. (2018). Meme Kanseri İlişkili Lenfödem Gelişimini Önlemede ve Yaşam Kalitesini Yükseltmede Etkin Yöntem: Kendi Kendine Lenfödem Yönetimi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 40(1), 121-129.

Türk, G., & Atalay, M. (2007). Mastektomi sonrası yaptırılan egzersizlerin kol ödemi önlemeye etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(3), 143-149.

Yeter, K., Savci, A., ve Sayiner, F. D. (2009). Meme Kanseri Hastalarında Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2).

Gönüllü Bilgilendirme Formu-Deney Grubu (EK 9)

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU-DENEY GRUBU

Bu çalışma, mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini belirlemek amacıyla planlandı. Çalışmada, deney grubundaki her hasta ile öncelikle mastektomi sonrası hasta eğitimi yüz yüze olmak üzere hastanın evinde verilecektir, eğitim öncesi kişisel bilgi formu, beden imajı ölçeği, benlik saygısı ölçeği isminde üç adet anket doldurulacaktır. Yüz yüze eğitimin ardından kadınlar 6 kez telefon ile aranarak eğitim hakkında konuşulacak ve kadınların soruları yanıtlanarak destek sağlanacaktır. Tanıtıcı özellikler bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taraması ışığında hazırlanmış, mastektomi uygulanan kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve mastektomi geçmişi özelliklerini belirlemeye yönelik 15 soru içeren bir formdur. Tanıtıcı özellikler bilgi formu; yaş, medeni hal, meslek hayatı, eğitim, sosyo-ekonomik durum, ameliyat öncesinde alkol kullanma durumu, ameliyat öncesinde sigara kullanma durumu, beden kitle indeksi (BKİ), ailede meme kanseri alan birey varlığı, mastektomi uygulanma yılı, tek/her iki memeye mastektomi uygulanmış olma durumu, meme rekonstrüksiyonu düşünme durumu, sütyen ve eksternal protez kullanma durumu, mastektomi sonrası ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim alındı ise kimden alındığı gibi soruları içermektedir. Benlik saygısı ölçeği on maddeden oluşurken, beden imajı ölçeği kırk maddeden oluşmaktadır. Formlar ilk görüşmede doldurulduktan sonra yüz yüze eğitimin ardından eğitim kitapçığı kadınlara teslim edilecektir. Telefonla izlem takiplerinin sonunda sizlerden aynı anket formlarını kullandığınızı sosyal iletişim ağları üzerinden tekrar doldurmanız istenecektir.

Bu araştırma tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır, araştırmaya dahil olsanız bile istediğiniz herhangi bir aşamada neden belirtmeden araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma yapılırken sizlerden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Kişisel bilgileriniz ve kimlik bilgileriniz hiçbir koşulda paylaşılmayacaktır.

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU-DENEY GRUBU) (KATILIMCININ BEYANI)

Sayın Bahar ATALAY tarafından mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini belirlemek amacıyla çalışma yapılacağını belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası

Araştırmacının Adı-soyadı, İmzası Bahar ATALAY

Gönüllü Bilgilendirme Formu-Kontrol Grubu (EK 10)

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (KONTROL GRUBU)

Bu çalışma, mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini belirlemek amacıyla planlandı. Çalışmada, eğitim öncesi kişisel bilgi formu, beden imajı ölçeği, benlik saygısı ölçeği isminde üç adet anket doldurulacaktır. Tanıtıcı özellikler bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taraması ışığında hazırlanmış, mastektomi uygulanan kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve mastektomi geçmişi özelliklerini belirlemeye yönelik 15 soru içeren bir formdur. Tanıtıcı özellikler bilgi formu; yaş, medeni hal, meslek hayatı, eğitim, sosyo-ekonomik durum, ameliyat öncesinde alkol kullanma durumu, ameliyat öncesinde sigara kullanma durumu, beden kitle indeksi (BKİ), ailede meme kanseri alan birey varlığı, mastektomi uygulanma yılı, tek/her iki memeye mastektomi uygulanmış olma durumu, meme rekonstrüksiyonu düşünme durumu, sütyen ve eksternal protez kullanma durumu, mastektomi sonrası ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim alındı ise kimden alındığı gibi soruları içermektedir. Benlik saygısı ölçeği on maddeden oluşurken, beden imajı ölçeği kırk maddeden oluşmaktadır. Formlar kullandığınız sosyal iletişim ağları üzerinden doldurulduktan sonra altı haftalık bir bekleme süresinden sonra aynı yöntemle aynı formları tekrar doldurmanız istenecektir.

Bu araştırma tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır, araştırmaya dahil olsanız bile istediğiniz herhangi bir aşamada neden belirtmeden araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma yapılırken sizlerden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Kişisel bilgileriniz ve kimlik bilgileriniz hiçbir koşulda paylaşılmayacaktır.

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU-DENEY GRUBU) (KATILIMCININ BEYANI)

Sayın Bahar ATALAY tarafından mastektomi uygulanan kadınlarda telefonla izlemin benlik saygısına ve beden imajına etkisini belirlemek amacıyla çalışma yapılacağını belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası

Araştırmacının Adı-soyadı, İmzası Bahar ATALAY

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İzni (EK 11)

Ynt: Ynt: Ynt: ölçek kullanma izni hk.

3 ✓

i İzleme bayrağı.



mediha korkmaz <mediha.korkmaz@ege.edu.tr>



Kime: Bahar ATALAY

25.03.2021 Per 11:40

Sayın Bahar Atalay,
 Rosenberg benlik saygısı ölçeği üzerinde çok yakında yapmış olduğum yeni bir bilimsel araştırma oldu, ancak henüz yayın haline gelmedi ancak tüm istatistik ve bulgular yapılmış durumdadır.
 bir kongrede bildiri olarak sunuldu,
 Eğer kongre bildirisini referans olarak ve sorumlu kişi olarak beni refere ederseniz yeni halini kullanmanızı öneriyorum.
 Eğer bu hali sizin için uygunsa lütfen tekrar iletişime geçelim, size gerekli belgeleri ulaştırayım
 İyi çalışmalar.

Mediha Korkmaz

Kimden: "Bahar ATALAY" <baharatalay@csu.edu.tr>**Kime:** "mediha korkmaz"

<mediha.korkmaz@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 25 Mart Perşembe 2021 0:13:12**Konu:** ölçek kullanma izni hk.

Beden İmajı Ölçeği İzni (EK 12)

ölçek kullanma izni hk.



Bahar ATALAY

Sayın Selim hocam, Geçerlik güvenirliğin...

23.03.2021 Sal 12:53

📌 İzleme bayrağı.



selim hovardaoglu <shovardaoglu@yahoo.cor



Kime: Bahar ATALAY

24.03.2021 Çar 09:32

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu

...

Eğitim Kitapçığını Değerlendiren Uzmanlar (EK 13)

Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

Prof. Dr. Hatice KAYA

Prof. Dr. Aysel GÜRKAN

Doç. Dr. Fatma VURAL

Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Seyhan AK

Randomizasyon Listesi (EK 14)

Randomizasyon Listesi

Sıra Numarası	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu
1		Çalışma Grubu
2		Çalışma Grubu
3		Çalışma Grubu
4	Kontrol Grubu	
5		Çalışma Grubu
6	Kontrol Grubu	
7	Kontrol Grubu	
8		Çalışma Grubu
9		Çalışma Grubu
10		Çalışma Grubu
11	Kontrol Grubu	
12	Kontrol Grubu	
13	Kontrol Grubu	
14	Kontrol Grubu	
15		Çalışma Grubu
16	Kontrol Grubu	
17		Çalışma Grubu
18	Kontrol Grubu	
19	Kontrol Grubu	
20	Kontrol Grubu	
21		Çalışma Grubu
22	Kontrol Grubu	
23	Kontrol Grubu	
24		Çalışma Grubu
25		Çalışma Grubu
26	Kontrol Grubu	
27		Çalışma Grubu
28	Kontrol Grubu	
29	Kontrol Grubu	
30	Kontrol Grubu	
31	Kontrol Grubu	
32		Çalışma Grubu
33		Çalışma Grubu
34		Çalışma Grubu
35	Kontrol Grubu	
36	Kontrol Grubu	
37		Çalışma Grubu
38	Kontrol Grubu	
39		Çalışma Grubu
40	Kontrol Grubu	
41		Çalışma Grubu
42	Kontrol Grubu	
43	Kontrol Grubu	

Randomizasyon Listesi (EK 14) (Devam)

44		Çalışma Grubu
45		Çalışma Grubu
46	Kontrol Grubu	
47		Çalışma Grubu
48	Kontrol Grubu	
49	Kontrol Grubu	
50		Çalışma Grubu
51		Çalışma Grubu
52		Çalışma Grubu
53	Kontrol Grubu	
54	Kontrol Grubu	
55		Çalışma Grubu
56		Çalışma Grubu
57	Kontrol Grubu	
58		Çalışma Grubu
59	Kontrol Grubu	
60		Çalışma Grubu
61		Çalışma Grubu
62		Çalışma Grubu
63	Kontrol Grubu	
64	Kontrol Grubu	
65		Çalışma Grubu
66	Kontrol Grubu	
67		Çalışma Grubu
68	Kontrol Grubu	
69		Çalışma Grubu
70		Çalışma Grubu

Quickcalcs graph pad: <https://www.graphpad.com/quickcalcs/randomize1/> (Erişim tarihi: 10.02.21)

**Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu ve DISCERN Ölçeği izni
(EK 15)**



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

“MASTEKTOMİ UYGULANAN KADINLARDA” TELEFONLA İZLEMİN “BENLİK” SAYGISINA ve BEDEN İMAJINA ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 2	% 2	% 0	% 2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% 1
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	dspace.akdeniz.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.onkolojihemsireligi.com İnternet Kaynağı	<% 1

Alıntılarını çıkart

Üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Üzerinde

ETİK KURUL İZİN YAZISI

KURUM İZNİ YAZISI

ÖZGEÇMİŞ



