

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
BEDEN ALGILARI
VE
EŞ UYUMLARININ İNCELENMESİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

HAZIRLAYAN
Yük. Hem. İlknur ÇALIŞKAN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Yrd. Doç. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

İZMİR -2009

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
BEDEN ALGILARI

VE
EŞ UYUMLARININ İNCELENMESİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

HAZIRLAYAN
Yük. Hem. İlknur ÇALIŞKAN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Yrd. Doç. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

İZMİR -2009

TEZ DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Yrd.Doç.Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

(Danışman)

Üye: Doç.Dr. Meryem YAVUZ

Üye: Doç.Dr. Dilek ÇAKIR UMAR

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:

ÖNSÖZ

Kadınlarda oldukça yaygın görülmeye başlayan meme kanseri, korku ve kaygının yanı sıra kadınlar için önemli olan memenin kaybına neden olmaktadır. Meme kanserinin primer tedavisi mastektomi ile birlikte hastaların beden algılarının ve dolayısıyla cinsel yaşantı ve eş uyumunun etkileneceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırma yapılmıştır. Tüm sağlık personeli ve özellikle de hastalarla daha sık iletişimde bulunan hemşireler hastaların yaşadıkları sorunların farkında olmalı ve hastalara psikososyal destek sağlamalıdır.

Yüksek lisans öğrenim süresince bana rehberlik eden, her zaman yanımda olan, yüksek lisans tez konum ile ilgili araştırma probleminin seçilmesi, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılması aşamalarında birlikte çalıştığım ve hiçbir zaman bilimsel desteğini esirgemeyen hocam Sayın Yrd. Doç.Dr. Fatma Demir KORKMAZ'a, yüksek lisans ders ve tez aşamasında her zaman desteklerini ve ilgilerini hissettiğim hocalarım Sayın Doç.Dr. Meryem YAVUZ ve Yrd. Doç.Dr. Türkan ÖZBAYIR'a,

Tezin planlanmasında önerilerini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Besti Üstün'e

Tezin sonuçlandırılabilmesi için istatistiksel analizini yapan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı araştırma görevlisi Sayın Hatice Uluer'e,

Tezin İngilizce özetini hazırlayan İngilizce öğretmenim Sayın Burcu SEZEN'e,

Çalışmanın yürütülmesinde meme polikliniğinde görevli olan Sayın Melek SOLTEKİN'e, Fatma TÜRK BEN'e ve klinik arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılarak tezin oluşmasını sağlayan tüm kadınlara,

Her zaman yanımda olan ve en büyük desteği veren aileme çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	vi-vii
ŞEKİLLER GRAFİKLER DİZİNİ	xii
BÖLÜM I	
GİRİŞ	
1.1. Araştırmanın Konusu	1-2
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Hipotezler	2-3
1.4. Araştırmanın Önemi	3-4
1.5. Sınırlılıklar	4
1.6. Tanımlar	4-5
1.7. Genel Bilgiler	5
1.7.1. Memenin Anatomisi	5-7
1.7.2. Memenin Fizyolojisi	7-8
1.7.3. Meme Kanseri	8
1.7.3.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	8-9
1.7.3.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	9
1.7.2.3. Meme Kanserinin Evrelendirilmesi	10
1.7.2.4. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular	12
1.7.3.5. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri	12
1.7.3.5.1. Taramanın Başlangıç Yaşı ve Sıklığı	13
1.7.3.5.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi	13
1.7.3.5.3. Anamnez	13

1.7.3.5.4. Fizik Muayene.....	13
1.7.3.5.4.1. İnspeksiyon.....	13
1.7.3.5.4.2. Palpasyon.....	13
1.7.3.5.5. Mamografi.....	14
1.7.3.5.6. Ultrasonografi.....	14
1.7.3.5.7. Duktal Grafisi (Galaktografi).....	14
1.7.3.5.8. Termografi.....	15
1.7.3.5.9. Kserografi.....	15
1.7.3.5.10. Manyetik Rezonans (MR).....	15
1.7.3.5.11. Biyopsi.....	16
1.7.3.5.11.1. Aspirasyon Biyopsisi (İ.İ.A.B.).....	16
1.7.3.5.11.2. Kor (Core) İğne Biyopsisi	16
1.7.3.5.11.3. Açık Biyopsi	16
1.7.3.5.11.3.1. Eksizyonel Biyopsi	16
1.7.3.5.11.3.2. İnsizyonel Biyopsi	16
1.7.3.5.11.3.3. Sentinel Node Biyopsisi:	16
1.7.3.5.12. Meme başı akıntısının incelenmesi.....	16
1.7.3.5.13. İşaretleme Biyopsisi.....	16
1.7.3.6. Meme Kanseri Tedavisi.....	16-17
1.7.3.6.1. Cerrahi Tedavi.....	17
1.7.3.6.1.1 Meme Koruyucu Ameliyatlar.....	18
1.7.3.6.1.1.1. Geniş Eksizyon (Tilektomi).....	18
1.7.3.6.1.1.2 Lumpektomi.....	18
1.7.3.6.1.1.3. Parsiyel mastektomi	18
1.7.3.6.1.1.4. Segmental Mastektomi.....	18

1.7.3.6.1.1.5. Kadranektomi.....	18
1.7.3.6.1.2. Mastektomi.....	18
1.7.3.6.1.2.1. Basit mastektomi.....	18
1.7.3.6.1.2.2. Modifiye radikal mastektomi.....	18
1.7.3.6.1.2.3. Radikal mastektomi.....	19
1.7.3.6.2. Kemoterapi.....	19
1.7.3.6.3. Radyoterapi.....	19
1.7.3.6.4. Hormonal Tedavi.....	19-20
1.7.2.7. Meme Kanserinde Psikolojik Sorunlar.....	20
1.7.2.7.1. Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınların Yaşadıkları Psikolojik Tepkiler.....	20 -24
1.7.2.7.2. Meme Kanserli Kadınların Beden Algısı ve Eş Uyumu ile İlgili Yaşadıkları Sorunlar.....	24-27
1.7.2.7.3. Meme Kanserli Kadınlar İçin Destekleyici Hemşirelik Girişimleri.....	27-28
BÖLÜM II	
GEREÇ YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Tipi.....	29
2.2. Kullanılan Gereçler.....	29-31
2.3. Kullanılan Yöntem ve Yöntemler.....	31
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	31
2.5. Araştırmanın Evreni.....	32
2.6. Araştırmanın Örnekleme.....	32
2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	33
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	33

2.9. Verilerin Analizi.....	33
2.10. Süre ve Olanaklar.....	34
2.11. Etik.....	34
BÖLÜM III	
3. BULGULAR.....	35-49
BÖLÜM IV	
4. TARTIŞMA	
4.1. Mastektomili Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Hastalığa ve Tedavi Şekline İlişkin Özelliklerin Tartışılması.....	50-53
4.2. Mastektomili Hastaların Beden Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması.....	53-56
4.3. Mastektomili Hastaların Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması.....	56-58
BÖLÜM V	
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	
5.1. SONUÇ	59-60
5.2. ÖNERİLER	61
BÖLÜM VI	
6. ÖZET VE SUMMARY	
6.1. ÖZET.....	62-63
6.2. ABSTRACT.....	64-65
BÖLÜM VII	
7. YARARLANILAN KAYNAKLAR	66-74
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 2. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Özelliklerinin Dağılımı.....	36
Tablo 3. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastalıklarına ve Tedavi Yöntemine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı.....	37
Tablo 4. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Psikolojik Durumlarının Dağılımı.....	38
Tablo 5. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Araştırma Ölçeklerinden ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	39
Tablo 6. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Vücut Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	39
Tablo 7. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Vücut Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımı.....	40
Tablo 8. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastalıklarına ve Tedavi Yöntemlerine Göre Vücut Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımları.....	41-42
Tablo 9. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Psikolojik Durumlarına Göre Vücut Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımları.....	43

Tablo 10. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımları.....	44-45
Tablo 11. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	46
Tablo 12. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastalıkları ve Tedavi Yöntemlerine Göre Eş Uyumu Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	47
Tablo 13. Mastektomili Ameliyatı Geçiren Hastaların Duygusal Durumlarına Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımları.....	48

ŞEKİLLER VE GRAFİKLER DİZİNİ

GRAFİKLER

SAYFA NO

Çizelge I. Kanserin Evrelendirilmesi.....	11
Çizelge II. Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi.....	12
Çizelge III. Çiftler Uyum Ölçeği Alt Boyutları.....	31

BÖLÜM I

1- GİRİŞ

1.1- ARAŞTIRMANIN KONUSU

Kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve psikososyal bileşikleri yoğun olan bir sorundur. Çoğu zaman, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Klinik seyri belirsiz olması ve tedavisinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle, hasta ve hasta yakınları tarafından yoğun bir şekilde yaşanan ve endişe uyandıran günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir (26, 52).

Kadının sağlığını tehdit eden, ağırlı vücut değişkenliği yaratan önemli hastalıklardan biri de meme kanseridir. Meme kanseri, erken tanı oranlarında artış, mortalitede azalmaya rağmen hala önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Meme kanseri, tüm insanlarda akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir. Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda en sık görülen kanserdir. Kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin de başında gelmektedir (48, 54).

Türkiye’de 1999 yılında 8.879 olan meme kanserli kadın sayısı, 2003 yılında 12. 772’ye yükselmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistiklerine göre Türkiye’ de 2005 yılında kanser görülme sıklığı 100.000’de 173,85 ve meme kanseri görülme oranı 100.000 ‘de 35,47 oranı ile birlikte ilk sırada yer almaktadır (5, 66).

Meme kanserinin tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (76). Meme kanserinde cerrahi tedavi, tedavinin temel taşı oluşturmaktadır. Ancak cerrahi tedavi sonucu yapılan mastektomi kadının kimliği için büyük önem taşıyan "meme"nin de kaybına yol açmaktadır (3, 22, 48, 67). Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün,

cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden algısında zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır (12, 22, 35, 48).

Kanser cerrahisi sonucu kadın için önemli olan memenin alınması nedeniyle kadının fiziksel görünümünün değişmesi ve bozulması beden algısını değiştirmekte ve bu değişiklik de benlik saygısına tehdit olarak algılanabilmektedir. Dolayısıyla da bu durum sıklıkla cinsel sorunlarla beraber eş uyumunda sorunlara neden olabilmektedir (67).

Kadınlarda oldukça yaygın görülmeye başlayan meme kanseri, korku ve kaygının yanı sıra kadınlar için çok önemli olan memenin kaybına yol açmaktadır. Meme kanserinin hastalarda çeşitli sorunlar yaratması, tedavi ve bakımın çok yönlü yaklaşımlarla ele alınmasını gerektirmektedir. Bu nedenle tüm sağlık profesyonelleri ve özellikle hastalarla daha sık iletişimde bulunan hemşireler, meme kanserli hastaları bütüncül bir yaklaşım içinde ele almalı, psikososyal uyumlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmeli, destek girişimlerini bu bilgiler eşliğinde planlamalı ve uygulamalıdır (21).

1.2- ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma; mastektomi ameliyatı geçiren hastaların beden algıları ve eş uyumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3- HİPOTEZLER

H1-0: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların beden algıları düşüktür.

H1-1: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların beden algıları yüksektir.

H2-0: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların eş uyumları düşüktür.

H2-1: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların eş uyumları yüksektir.

H3-0: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların beden algıları eş uyumlarını etkilemez.

H3-1: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların beden algıları eş uyumlarını etkiler.

1.4- ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Mastektomi, ciddi boyutta bir kayıp yaşantısı ile birlikte kişinin işlevlerini, beden algısını, özgüvenini, kendi vücudunu algılayışını, psikolojik durumunu ve çevre ile ilişkilerini etkilemektedir. Ayrıca çeşitli kaygılara ve korkulara neden olabilmektedir (52). Mastektomi geçiren hastalarda önde gelen ruhsal reaksiyonlar, kadınlık-çekicilik özelliğinin kaybı ve özürlü olma duygusudur. Mastektomi kadında değişik korku reaksiyonlarına yol açmaktadır. Bunlar;

- Herhangi bir büyük ameliyatın yaratabileceği anksiyete,
- Cinsel çekicilik konusunda endişeler,
- Kişiler arası ve cinsel ilişkilerde bozulma korkusu,
- Evliliğinin tehlikeye düşebileceği endişesi,
- Ölüm korkusudur (48).

Mastektomi sonrası hastalarda cinsel çekiciliğini kaybetme duygusuna bağlı olumsuz duygular yaşanabilmektedir (48). Kadınlarda oldukça yaygın görülmeye başlayan meme kanseri, kadınlarda korku ve kaygının yanı sıra kadınlar için çok önemli olan memenin kaybına da yol açmaktadır. Mastektominin, hastada beden algılamasını bozarak kadınlık kimliğini tehdit etmesi, cinsel çekiciliğinin azaldığı duygularına yol açması ve bu duyguların ameliyat sonrası evlilik ve cinsel yaşantısını etkilemesi beklenen bir sonuç olmaktadır (64).

Mastektomi sonrası kadınların yaşadıkları sorunların farkında olunmalı ve bireye profesyonel destek sağlanmalıdır. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, hastalara yalnız fiziksel bakım değil aynı zamanda psikososyal açıdan da bakım sağlamalıdır (48).

1.5- ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmada 18 yaş altı ve 65 yaş üzerinde, okur-yazar olmayan, gerçeği değerlendirme yetisi olmayan, görme ve işitme problemi olan, bekar ya da çoğul eşi yaşayan, kanserin IV. evresinde olan, ameliyatın üzerinden 5 yıl geçmiş olan hastalar araştırma kapsamının dışında tutulmuşlardır. Evre IV hastaları uzak metastazlı olduğu için sistemik tedavi alırlar. Bu hastalarda cerrahi genellikle yapılmamakta ya da palyatif amaçla yapılabilmektedir (34). Bu nedenle bu hastalar araştırma kapsamına alınmamışlardır. Bununla birlikte diğer kanserlerden dolayı tedavi gören ve erkek olan hastalar da araştırma kapsamına alınmamışlardır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi AnaBilim Dalı Meme Polikliniğinde yönetim kararıyla Temmuz ve Ağustos ayları boyunca ve Cuma günleri için mastektomili hastaların muayeneleri yapılmamaktadır. Bu nedenle bu dönemde ve bu günlerde hastalarla görüşülüp veri toplanamamıştır. On hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden, 30 hastanın da eşi olmadığı için, 50 hastanın mastektomi ameliyatının üzerinden 5 yıl geçtiği için araştırma kapsamına alınmamışlardır.

1.6- TANIMLAR

Mastektomi: Memenin tamamının ya da bir kısmının ameliyatla çıkarılmasıdır (11, 51).

Beden Algısı: Beden algısı kişinin beden görünümünü, beden işlevlerini, aynı zamanda ruhsal ve beden bütünlüğünü nasıl algıladığı anlamına gelmektedir (61).

Eş Uyumu: Olumlu ilişki şemasına sahip olma, eşlerin birbirleri hakkında pozitif duygulara ve düşüncelere sahip olması, iyi iletişim kurabilme, oluşan çatışmayı çözebilme becerisi ve eşlerin zevk alarak birlikte aktiviteler yapabilme, yaşanan çatışmanın azlığı olarak tanımlanmaktadır (15).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. Memenin Anatomisi

Memeler, toraksın önünde ve sternumun iki yanında yer almaktadırlar. Sınırları ve büyüklüğü kadından kadına değişebileceği gibi, aynı kadında da gebelik, emzirme, aşırı zayıflama ya da yaşlılık nedeni ile farklılık gösterebilmektedirler. Genellikle kapladığı alan 2. kaburga seviyesinden 6. kaburga seviyesine, sternum kenarından ön koltuk çizgisine uzanmaktadır (69). Memenin aşağı yukarı çapı ortalama 10- 12 cm ve santral bölgede maksimum kalınlığı 5-7cm dir. Laktasyonda olmayan bir memenin ağırlığı 150- 200 gram, laktasyonda ise 400- 500 gram kadardır (19). Her bir meme tabanı pektoralis majör ve pektoralis minör kasları üzerine oturmaktadır. Meme bezinin önünde yüzeysel fasya, arkasında derin fasya bulunur. Meme derisinden fasyaya doğru uzanan ligamentlere “Cooper ligamentleri” denmektedir. Bu ligamentler memeyi yerine tespit etmektedirler. Kanserin gerek yayılma gerekse ilk belirtilerini ortaya koymada önem taşımaktadırlar (17). Meme lobüller ve duktuslar olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Lobüller ve duktuslar arası boşluğu destek ve yağ dokusu doldurmaktadır. Memede süt salgılayan bölüm lobüller, duktuslar ile memenin tam ortasında bulunan areola denilen koyu renkli bölgede meme başına açılmaktadırlar. Memede lobüllerin birleşmesiyle loblar oluşmaktadır. Meme başı çevresi areola denilen sirküler pigment alandan oluşmaktadır. Areola epitelinde küçük tüyler, yağ ve ter bezleri aksesuar meme bezleri bulunmaktadır. Meme dokusu en fazla üst dış kadranda bulunmaktadır.

Aksiller bölgeyi de kapsayan üst dış kadranda geniş ölçüde meme dokusu bulunması bu bölümde tümörlerin daha fazla oluşmasına sebep olmaktadır (17).

Memenin beslenmesini sağlayan üç ana arter bulunmaktadır:

I. İnternal torasik arterin (A.mammaria interna) 2., 3.ve 4. anterior perforan dalları memenin medialini ve orta kısımlarını beslemektedirler.

II. Torasik aortadan çıkan 2., 3., 4., ve 5. interkostal arterlerin perforan dalarının ön dalları meme derisini ve parankim lateralini beslerken, arka dalları kaslara gitmektedir.

III. Aksilerin arterin dalları (lateral torasik arter, superior torasik arter, torakoakromial arterin pektoral dalı, subskapular arter) üst dış kadranı ve memenin aksillaya uzantısını beslemektedirler.

Memenin yaklaşık %60'nı internal torasik arterlerin perforan dalları, %30'nu da lateral torasik arter beslemektedir. Diğer arterler de memenin geri kalanını beslemektedirler (6).

Memenin venleri temel olarak arterelere paralel gitmektedirler. Venöz akım aksillaya doğrudur. Meme venlerinin dağılımı ve özellikle yaptıkları anastamozlar metastatik karsinom embolilerinin de yolculuğunu dolayısıyla da meme kanserlerinin en sık metastaz yaptığı uzak organları belirlemektedirler.

Memenin ve göğüs duvarının venöz kanını taşıyan başlıca üç grup ven bulunmaktadır:

I. V.torasika internanın perforan dalları

II. Aksiller vene dökülen dallar

III. İnterkostalis posterior' un interforan dalları

Bunlar arkada vertebralven pleksusuna, santralda ise V.azygosa açılmaktadırlar. Tümör embolileri bu venöz yollardan biriyle kalbe ve oradan da

akciğerler ulaşabilmektedirler. Böylece meme karsinomu, lenfatiklere girmeden sadece venöz sistem yoluyla akciğere doğrudan metastaz yapabilmektedirler (6).

Meme kanserleri metastazlarını genellikle lenf yolları ile yapmaktadırlar. Kanser yayılma durumunun ortaya konmasında ve uygulanacak tedavinin biçiminde etkili olduklarından lenf sisteminin ayrıntılı olarak bilinmesi önemlidir (69).

Cildin hemen altında bulunan yüzeysel lenfatiklerle derin lenfatiklerin %75'i aksillaya, %25'i memenin internal lenf nodüllerine drene olurlar. Aksillada yaklaşık 53 tane lenf nodu bulunmaktadır (6). Aksiler lenf nodları 6 grup olarak sınıflandırılır. Bunlar;

Grup I. Eksternal mamarian lenf nodları

Grup II. Skapular lenf nodları

Grup III. Santral lenf nodları

Grup IV. İnterpektoral lenf nodları (Rotter)

Grup V. Aksiler lenf nodları

Grup VI. Subklavikular lenf nodlarıdır (6).

1.7.2. Memenin Fizyolojisi

Kadın yaşamı boyunca hormonal düzeydeki değişiklikler, memenin fiziksel ve anatomik yapısını etkilemektedir. Menstrüel siklus, gebelik, laktasyon, memenin mikroskopik yapısında değişikliğe neden olmaktadır (51).

Meme gelişmesi ve fonksiyonu birçok hormonun etkisi ile olmaktadır. Bu hormonların en önemlileri östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonları, kortizol ve büyüme hormonudur. Bu hormonların salgısı hipotalamus, hipofiz ve overlerin nörohümorale kontrolünde olmaktadır (19).

Östrojen, erken puberte döneminde salgılanmaya başlanmaktadır. Hipotalamustan salgılanan hipotalamik gonadotropin-releasing-hormonlar (GnRH), hipotalamus ile hipofiz arasındaki portal venöz sistem aracılığı ile hipofize gelir. Ön hipofizden follikül sitümüle hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) salgılanmaktadır. FSH yeni oluşmaya başlayan over foliküllerinin, graaf folikülü içinde olgunlaşmasını sağlar. Buradan östrojenler yapıp salgılanmaktadır (51). Olgun foliküllerin gelişip ovulasyonun başlamasıyla, progesteron salgılanmaya başlanmaktadır. Östrojen ve progesteron, memenin duktal, alveoler ve lobüler yapılarının gelişmesini sağlamaktadırlar (51).

1.7.3. Meme Kanseri

Memelerin en önemli hastalığı meme kanseridir. Meme dokusunda bulunan epitelyal kökenli hücrelerden kaynaklanan malign tümörlerin tümü genel olarak meme kanseri olarak adlandırılmaktadır (1).

1.7.3.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin %26'sını oluşturduğu bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde Asya ülkelerine göre meme kanseri altı kat fazla görülmektedir (1). Amerikan Kanser Derneği'nin (American Cancer Society) 2008 verilerine göre meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olup akciğer kanserinden sonra ikinci önde gelen ölüm nedenidir (59).

Literatürde Türkiye'de düzenli ve yeterli kanser kayıtları bulunmadığı belirtilmektedir. Ancak eldeki verilere bakıldığında, meme kanserinin kadınlarda hem en sık görülen, hem de kanserden ölümlerde ilk sırada yer alan kanser türü olduğu net olarak anlaşılmaktadır. Gelişmiş Batı ülkelerinde insidans 100.000'de 80-150 arasında iken, Türkiye'de kabaca hesaplanan rakamlar 100.000'de 7-23 arasında

değişmektedir. Bu farklılığın büyük oranda kayıt yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (28).

Türkiye’de meme kanserinden yılda 3000 hasta kaybedildiği bildirilmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de meme kanseri insidansının daha düşük olması da çeşitli faktörler nedeniyle beklenen bir durum olabilmektedir. Önemli bir etken toplumun yaş ortalamasıdır. Türkiye’de yaş ortalamasının Batı ülkelerine göre daha düşük olduğu ve meme kanseri görülme sıklığının 50’li yaşlardan sonra giderek arttığı bildirilmektedir (17).

Türkiye’de 1999 yılında 8.879 olan meme kanserli kadın sayısı, 2003 yılında 12.772’ye yükselmiştir (5). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistiklerine göre Türkiye’de 2005 yılında kanser görülme sıklığı 100.000’de 173.85 ve meme kanseri görülme oranı 100.000’de 35.47 oranı ile birlikte ilk sırada yer almaktadır (66). Bu verilerden de anlaşıldığı gibi sağlık bilimlerindeki ilerlemelere, erken tanı yöntemlerinin gelişmesi, toplumun bu konuda duyarlılığının artmasına karşın, meme kanseri hala yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir (5).

1.7.3.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

İnsanlarda meme kanserinin nedeni kesin olarak bilinmemektedir (1). Literatürde meme kanseri riskinin 50 yaşından sonra arttığı belirtilmektedir (37). Genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve biyolojik etkenlerin oluşumunda rol oynadığı kabul edilmekle birlikte, meme kanseri riski ile menopoza yaşı arasında ilişki bulunduğu, geç menopozun meme kanserinde risk faktörü olduğu belirtilmektedir (1, 50, 56). Ancak literatürde meme kanserli kadınların %70-80’inin bu risk faktörlerine sahip olmadığı belirtilmektedir (1, 50).

1.7.3.3. Meme Kanserinin Evrelendirilmesi (Tümör- Lenf Nodu- Metastaz TNM sistemi)

Kanserin evrelendirilmesi amacı ile TNM sistemi geliştirilmiştir. Burada T tümörün boyutunu, N lenf bezlerinin durumunu (lymph Nodes) ve M ise kanserin metastaz yapıp yapmadığını belirtmektedir (27, 62).

T. Tümörün Boyutu: T ve ardından gelen 0 ile 4 arasındaki rakam tümörün boyutunu ve deriye ya da göğsün altında bulunan göğüs duvarına yayılıp yayılmadığını belirtmektedir. T'nin ardından gelen rakamın büyük olması daha büyük ve daha yaygın bir tümörün göstergesi olmaktadır (27, 62).

N. Lenf Bezleri: N ve ardından gelen 0 ile 3 arasındaki rakam kanserin memeye yakın lenf bezlerine yayılıp yayılmadığını ve eğer yayıldıysa bu lenf bezlerinin vücut içi diğer yapılara göre sabit lenf bezleri olup olmadığını göstermektedir. N' nin ardından gelen rakamın büyüklüğü daha fazla lenf bezine yayılmayı belirtir (27, 62).

M. Metastaz: M ve ardından gelen 0 ya da 1 ile gösterilir. M1 olması durumunda kanser metastaz yapmış yani diğer/uzak organlara ya da göğse yakın olmayan lenf bezlerine (köprücük kemiğinin üstünde olan lenf bezleri gibi) yayılmıştır. Çizelge I' de kanserin evrelendirilmesi gösterilmiştir (27, 62).

Çizelge I. Kanserin Evrelendirilmesi

TX	Tümörün boyu belirlenememiştir.
T0	Tümör belirtisi yok
Tis	Kanser LCIS, DCIS ya da tümör olmayan meme başının Paget hastalığı
T1	Tümör en büyük 2cm çapında ya da daha azdır.
T2	Tümör en büyük 2 ile 5cm arasındadır.
T3	Tümör en büyük çapında 5cm den daha büyüktür.
T4	Tümörün büyüklüğü önemsenmeksizin, tümörün kendisini göğüs duvarına yapıştırdığı ya da göğüs duvarındaki lenf bezlerine yayıldığı durumlarda kullanılır.
Nx	Lenf bezlerine yayılım belirlenememiştir (Örneğin lenf bezi alınmıştır).
No	Kanser lenf bezlerine yayılmamıştır.
N1	Kanser yeri sabit olmayan lenf bezlerine yayılmıştır.(Tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta bulunan lenf bezlerine yayılmıştır.)
N2	Kanser yeri koltuk altında bulunan diğer organlara göre sabit olan ve tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta bulunan lenf bezlerine yayılmıştır.
N3	Kanser tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta bulunan mamariyal ya da supraclavicular (ana dolaşım sistemi) lenf bezlerine yayılmıştır.
MX	Kanserin metastaz yapıp yapmadığı belirlenememiştir.
M0	Kanser diğer/uzak organlara yayılmamıştır.
M1	Kanser diğer/uzak organlara yayılmıştır.

Evre 0: Tis, N0, M0

Evre I: T1, N0, M0

Evre II A: T0, N1, M0 \ T1, N1, M0 \ T2, N0, M0

Evre II B: T2, N1, M0 \ T3, N0, M0

Evre III A: T0, N2 M0 \ T1, , N2, M0 \ T2, N2, M0 \ T3, N1, M0 \ T3, N2, M0

Evre III B: T4, N0, M0 \ T4, N1, M0 \ T4, N2, M0

Evre III C: Herhangi bir T, N3, M0

Evre IV: Herhangi bir T, Herhangi bir N, M1 (27, 62)

1.7.3.4. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular

Meme kanserli kadınların %70 kadarında ilk bulgu memede bir kitlenin varlığı olmaktadır. Memedeki kitlenin ele gelmesi, bunun deriye yakın ya da derinde oluşma ve memenin büyüklüğüne bağlı olmakla beraber genelde 1cm boyuna ulaşmasını gerektirmektedir. Meme kanserli kadınların ortalama %10 kadarında ilk belirti meme başında olan akıntıdır. Hastaların %2-4'ünde kanser enflamasyon, enfeksiyon bulguları ile ortaya çıkmaktadır. Meme derisi kızarır ve kalınlaşarak portakal kabuğu (peau d' orange) görünümü almaktadır. Lokal ısı, hassasiyet ve ısı bulunmaktadır (1).

1.7.3.5. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Meme kanserinde erken tanı, kadınlara sağlıklı bir yaşam şansı verirken, memenin korunabilmesi de yaşam kalitesini artırmaktadır. Tarama mamografisinin düzenli olarak uygulandığı, batı toplumlarında asemptomatik meme kanseri ve meme koruyucu cerrahi oranları %75'i bulmaktadır. Yaygın ve öldürücü olan bu hastalık erken tanılanarak ölümler azaltılabilir, yaşam süresi artırılabilir. Bu nedenle erken tanı ve kitle taraması bu hastalık için önem taşımaktadır (43, 55).

Meme kanserinde erken tanı yöntemlerini, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), fizik muayene ve mamografi oluşturmaktadır (71). Amerikan Kanser Birliği'nin hiçbir belirti vermeyen kadınlarda meme kanserinin erken tanısı için önerdiği tarama şekli aşağıdadır:

Çizelge II. Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKKM Klinik Muayene	Her ay 3 yılda bir
40 yaş üstü	KKMM Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

1.7.3.5.1. Taramanın Başlangıç Yaşı ve Sıklığı

Amerikan Kanser Birliği'ne ve son araştırmaların sonuçlarına göre önerilen tarama aralığı 40 yaş üzerindeki kadınlarda yıllık aralıklarla tarama yapılmasıdır. Yüksek riskli kadınlarda taramanın daha erken yaşta başlatılması önerilmektedir (1, 27, 62).

1.7.3.5.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Dünyadaki birçok organizasyon, meme kanserinin erken tanısını sağlamak için kendi kendine meme muayenesini (KKKM) tavsiye etmektedir. Kendi kendine meme muayene yöntemi olan birçok tarama programında, olmayanlardan daha düşük mortaliteye sahip oldukları tespit edilmiştir. Kendi kendine muayene yönteminde de bazı problemler bulunmaktadır. Kadınların hepsi kendi kendine muayene yöntemini aynı kalitede yapamamakta, terk etmekte hatta normal ve anormal yapıları fark edemediklerini ileri sürmektedirler. Bu sorunlar eğitimle giderilebilmektedir (1, 56).

1.7.3.5.3. Anamnez

Yaş, ailenin sağlık öyküsü, menarş yaşı ve düzeni, menopoz yaşı, doğum yaşı, meme ile ilgili geçirdiği rahatsızlıklar ve benzerleri anamnezde alınmaktadır (1).

1.7.3.5.4. Fizik Muayene

1.7.3.5.4.1.İnspeksiyon: Memelerin büyüklüğü, simetrisi, üzerinin ve kenarlarının görünümü, deride renk değişikliği, retraksiyon, ödem, ülserasyon ve meme başlarına bakılmaktadır (56).

1.7.3.5.4.2.Palpasyon: Hasta önce oturur sonra yatar duruma getirilerek muayene yapılır. Kitle hissedildiğine, kitlenin çapı, şekli, yoğunluğu, mobilitesi, sınırları, lokalizasyonu, yumuşaklığı tespit edilmektedir. Aksiler ve subklaviküler lenf nodları palpe edilmektedir (51).

1.7.3.5.5. Mamografi

Mamografi memenin temel görüntüleme yöntemidir. Etkin bir tarama aracı olmasını yanında tanısal amaçla da yaygın olarak kullanılmaktadır. Düşük doz X ışınları ile röntgen filmi üzerine meme dokusunun görüntüsünün çekilmesidir. Mammografi, varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeniyle palpe edilemeyen kitleleri ortaya çıkarmaktadır. Ancak bazı kanser tipleri, mammografi ile saptanamayabilir. Fizik muayene ve mammografi birbirini tamamlayan tanı işlemleridir (38, 51).

1.7.3.5.6. Ultrasonografi

Ultrasonografi mamografiyi tamamlayıcı, genç yaş grubunda ise primer olarak kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Ses dalgalarından yararlanılarak, memenin görüntüsünün alınmasıdır. Elle saptanabilen (palpabl) kitlesi bulunmayan ve özellikle 35 yaşından küçük az doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda, ultrasonografi birincil inceleme ve görüntüleme yöntemi olarak seçilmektedir. Literatürde ultrasonografinin, mammografilerde saptanan radyodens kitle lezyonlarının içyapısının değerlendirilmesinde (kistik-solid ayrımında) üstünlüğü tartışılmaz bir yöntem olduğu belirtilmektedir (38, 51).

1.7.3.5.7. Dukta Grafisi (Galaktografi)

Meme başı akıntısı olan hastaların değerlendirilmesinde kullanılan özel bir kateter yardımı ile meme başından duktus içerisine kontrast madde verildikten sonra yapılan, mammografik inceleme yöntemidir. Patolojik meme başı akıntılarının araştırılmasında kullanılmaktadır. Spontan meme başı akıntılarının değerlendirilmesinde, özellikle mammografide ya da fizik muayenede herhangi bir pozitif bulgu olmayan vakalarda yararlı olabilmektedir (51).

1.7.3.5.8. Termografi

Meme derisi yüzeyindeki ısı değişikliklerini görüntülemeye yönelik bir tanı yöntemidir. Meme yüzey ısısındaki değişikliklerin karsinomlara eşlik ettiği saptanmış ve termografinin kanser saptanmasında kullanılabilmesi amacı ile çalışmalar yapılmıştır. Termografi meme tümörlerinin yaydığı ısının infrared ışınlarla duyarlı bir kamera ile kaydedilmesi esasına dayanmaktadır. Neoplazmlar dışında inflamatuvar olaylar ve hiperplazik değişiklikler de memede ısı artışına neden olduğundan yöntem spesifik değildir (51).

1.7.3.5.9. Kserografi

Bu yöntemle X ışınları aracılığı ile memenin, elektrikle yüklenmiş, selenyumlu levhalarda görüntüsü alınır. Meme dokusu ve lezyonlar, mammografiden daha belirli bulgular vermektedir (51).

1.7.3.5.10. Manyetik Rezonans (MR)

Memenin Manyetik Rezonansı son yıllarda giderek artan sıklıkta kullanılan, mamografiyi tamamlayıcı diğer bir yöntemdir. MR iyi bilinen kullanım alanları yanında tartışmalı endikasyonları da bulunmaktadır. Manyetik rezonans (MR) güçlü bir manyetik alan içerisinde değişik dokuların gönderilen radyo frekans dalgalarına bağlı olarak farklı yoğunluklarda sinyaller oluşturmaları esasına dayanmaktadır. Ameliyatsız memelerde, cerrahi iz ile malign kitlelerin ayırt edilmesinde, kanser nedeniyle konservatif cerrahi ve radyoterapi uygulanan memelerde, meme protezi olan hastalarda meme parankim patolojilerinin ve protez rüptürünün değerlendirmesinde, implant yırtılmalarında, Manyetik Rezonans görüntüleme sonuçları, mammografi ve ultrasonografiyle karşılaştırıldığında daha kesin sonuç vermektedir (51).

1.7.3.5.11. Biyopsi

Memede oluşan lezyonların, özellikle meme kanserinin kesin tanısı ancak biyopsi ile konur (56).

1.7.3.5.11.1. Aspirasyon Biyopsisi: İnce iğne aspirasyon biyopsisi ile hücreler alınmaktadır. Sitolojik tanı konmaktadır (51).

1.7.3.5.11.2. Kor (Core) İğne Biyopsisi: Küçük doku örneği alınmaktadır (51).

1.7.3.5.11.3. Açık Biyopsi: İnce iğne aspirasyon biyopsisi ya da kalın iğne biyopsisinin yapılamadığı durumlarda küçük bir cerrahi işlemle kuşkulu bölgenin tamamının ya da bir kısmının çıkarılıp incelenmesidir. Kesin tanı olanağı sağlamaktadır (23).

1.7.3.5.11.3.1. Eksizyonel Biyopsi: Meme içerisindeki lezyonun tümü ile çıkarılmasıdır (6).

1.7.3.5.11.3.2. İnsizyonel Biyopsi: Kitlenin bir kısmının çıkarılmasıdır (51).

1.7.3.5.11.3.3. Sentinel Node Biyopsisi: Ameliyat sırasında, tümörün aksiller lenf nodlarına metastaz yapıp yapmadığını anlamak için uygulanır (51).

1.7.3.5.12. Meme başı akıntısının incelenmesi

1.7.3.5.13. İşaretleme Biyopsisi: Palpe edilemeyen tümörlerde, mamografi ve/veya ultrasonografi yardımıyla yapılan biyopsidir (51).

1.7.3.6. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanserinin tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (76). Ancak son 20 yılda meme kanserinin tanı ve tedavisinde ortaya çıkan büyük gelişmeler hastalığın daha erken dönemde teşhis ve daha iyi tedavi edilmesini sağlamıştır. Bu nedenle çok sayıda kadın uzun yıllar sağlıklı bir hayat yaşayabilmekte ve yaşam kalitelerini arttırabilmenin yollarını aramaktadır (76).

Ancak meme kanserinin primer tedavisini cerrahi tedavi oluşturmaktadır (14). Ayrıca kemik iliği nakli ya da kök hücre nakli ve immunoterapi de uygulanmaktadır. Tedavi, başlıca lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılmaktadır. Lokal tedavide amaç tümörün kendisinin ortadan kaldırılmasıdır. Bunun için cerrahi tedavi ve radyoterapi uygulanmaktadır. Sistemik tedavinin amacı meme dışına yayılmış kanser hücrelerinin ortadan kaldırılmasıdır. Bu amaçla kemoterapi, hormonal tedavi ve immunoterapi uygulanmaktadır (17).

1.7.3.6.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanseri halen dünyadaki en yaygın kanserlerden biridir ve cerrahi tedavi tedavinin temel taşı oluşturmaktadır. Son 20 yılda erken evre meme kanserinin tedavisinde oldukça büyük değişiklikler olmuştur (68). Meme kanserinin 5 yıllık sağ kalım oranının %75 olması nedeniyle en iyi yaşam süresine sahip kanser türü olduğu literatürde bildirilmiştir (39).

Erken evre meme kanserinin cerrahi tedavisinde, uzun yıllar sadece radikal ya da modifiye radikal mastektomi ameliyatları uygulanmıştır. Günümüzde, bazı hastalar için modifiye radikal mastektomi uygun bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaya devam etse de, meme koruyucu cerrahi hastaların önemli bir kısmında tercih edilen cerrahi tedavi olmaktadır (42). Modifiye radikal mastektominin yerini meme koruyucu cerrahi almıştır. Yirmi yıldan fazla takip süresi olan çalışmalar sonucunda meme koruyucu cerrahinin mastektomiye eşdeğer sağkalım sağladığı gösterilmiştir (24). Literatürde meme kanserinin cerrahi tedavisinin başarılı sonuçlanabilmesi için klinik olarak çok ilerlememiş olması gerekmektedir. Özellikle evre 1 ve 2 mastektomi için endike olduğu belirtilmektedir (67).

Meme koruyucu cerrahi kadrenektomi, segmentektomi, kısmi meme rezeksiyonu, geniş eksizyon, lumpektomi ve tilektomi (geniş eksizyon) olarak adlandırılabilir (68).

1.7.3.6.1.1 Meme Koruyucu Ameliyatlar: Geniş tümör eksizyonu ve koltuk altı diseksiyonunu içerir. Meme Koruyucu Cerrahi için uygun kriterler taşıyan hastaların seçimi önemlidir (32).

1.7.3.6.1.1.1. Geniş Eksizyon (Tilektomi): Kitlenin etrafındaki meme dokusu ile birlikte çıkarılmasıdır (14).

1.7.3.6.1.1.2 Lumpektomi: Normal meme dokusu ile çevrili kanserli dokuyu içerecek şekilde memenin bir kısmının çıkarılmasıdır. Genellikle bu işlem sonrasında radyoterapi uygulanır (14).

1.7.3.6.1.1.3. Parsiyel mastektomi: Memenin dörtte birinin veya daha fazlasının kanserli dokuyla birlikte çıkarılması işlemidir. Bu operasyon sonrasında genellikle 6-7 hafta kadar süren radyoterapi uygulanır (17).

1.7.3.6.1.1.4. Segmental Mastektomi: Tümör üzerindeki küçük deri parçası ve tümör dokusu ile etrafında sağlam cerrahi sınır sağlayacak meme dokusunun çıkarılmasıdır (14).

1.7.3.6.1.1.5. Kadranektomi: Tümörün bulunduğu meme kadranının, üzerindeki deri ve altındaki pektoral fasya ile birlikte çıkarılmasıdır (14).

1.7.3.6.1.2. Mastektomi: Memenin tamamının ya da bir kısmının ameliyatla çıkarılmasıdır (11, 51).

1.7.3.6.1.2.1. Total Mastektomi: Simple ya da basit mastektomi olarak da isimlendirilir. Bu girişimle, meme başı, areola, meme cildinin büyük bir kesimi, tüm meme dokusu ve memenin pektoralis major fasiası çıkarılmaktadır (56).

1.7.3.6.1.2.2. Modifiye radikal mastektomi: Meme kanserinde en yaygın yapılan ameliyat türüdür. Meme dokusunun tamamıyla birlikte koltukaltı lenf bezlerinin bir kısmı çıkarılır (17).

1.7.3.6.1.2.3. Radikal mastektomi: Tarihsel önemi dışında uygulama alanı olan bir tedavi yöntemi değildir (56). Tümörün olduğu memenin cilt ile beraber tamamı, pektoralis majör ve minör kasları ve fasyaları ve aksiller lenf bezlerinin tamamı alınarak yapılan ameliyat türüdür (14). Günümüzde bu girişimin yerini benzer etkinlikte ve daha az yan etkiye sahip olan modifiye radikal mastektomi almıştır (17).

1.7.3.6.2. Kemoterapi:

Meme kanserinin tedavi seçeneklerinden biri olarak özellikle cerrahi girişim yoluyla primer tümör rezeksiyonu sonrası olayın yinelenmesi ya da metastaz riskini en aza indirmek amacıyla adjuvan kemoterapi uygulanmaktadır. İleri evredeki tümörü ameliyat girişimine uygun duruma getirmek ya da primer tümörü küçülterek kozmetik ve fonksiyonel yıkımı az olan cerrahi girişime olanak sağlamak amacıyla da neoadjuvan tedavi uygulanmaktadır. Kemoterapötik ilaçlar, genellikle intravenöz ya da oral uygulanmaktadır. Kan dolaşımına geçen ilaçlar, vücudun diğer kısımlarına dağılarak etkilerini göstermektedirler. Kemoterapinin ilk aşamasında genellikle cyclophosphamide, methotrexate, fluorouracil, doxorubicin (Adriamycin), epirubicin, ve paclitaxel (taxol) adlı ilaçların özel karışımlar kullanılmaktadır (31).

1.7.3.6.3. Radyoterapi

Ameliyat sonrası radyoterapinin uzun dönemde yaşama etkisi olmadığı, ancak lokal nüksleri azalttığı görülmüştür. Sonuçta, rutin ameliyat sonrası radyoterapi terk edilmiş ve bunun yerini nüks riski fazla olan hastalarda adjuvan kemoterapi almıştır. Ancak, ameliyat sonrası radyoterapi, küçük hacimli tümörlerde uygulanan sınırlı cerrahiye tamamlayıcı olarak gerekli olmaktadır (51).

1.7.3.6.4. Hormonal Tedavi

Özellikle, östrojen reseptör pozitif olan hastalarda oral antihormonal olarak tamoksifen kullanılmaktadır. Tamoksifen, özellikle menopoiz sonrası kadınlarda

kullanılmaktadır. Yumuşak doku, kemik, karaciğer ve deri metastazlarına etkili olmaktadır (51).

1.7.2.7. Meme Kanserinde Psikolojik Sorunlar

Literatürde bir kadın için meme kanseri tanısı almanın yıkıcı bir olay olduğu ve fiziksel problemlerin yanı sıra psikolojik, sosyal, mesleki ve varoluşsal yönden çeşitli sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (78). Tanıdan sonra uygulanacak olan ve meme kanserinin tedavisinde birincil öneme sahip olan ameliyat hastalar için bir stres kaynağıdır. Genellikle kayıp yaşantısı olarak algılanan ameliyat, hastaların beden imajını, öz güvenini, psikolojik durumunu, cinsel yaşamını ve çevre ile ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Hastalar ameliyat ile kadınlığını ve fiziki bütünlüğünü kaybedeceğini düşünebilir. Memenin hastanın benlik ve kadınlık kavramındaki önemi ve meme kaybının hasta için kişisel anlamı ameliyata verilecek psikolojik yanıtta belirleyici faktörlerdendir. Bu tür kaygılar yaşayan bir hastalarda şok, inkâr, kızgınlık, depresyon, yansıtma, psikolojik gerileme, umutsuzluk-çaresizlik, bezginlik, patolojik bağımlılık gibi çeşitli tepkiler görülebildiği bildirilmektedir (53).

1.7.2.7.1. Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınların Yaşadıkları Psikolojik Tepkiler

Kanser, çağdaş tıbbın ve bilim dünyasının son 30- 40 yıldır üzerinde en çok araştırmalar yapılan ve uğraş verilen alanıdır. Tıptaki gelişmelere paralel olarak hastaların yaşam süresi uzadıkça yaşam kalitesinin tartışılması da ön plana çıkmıştır. Kanserin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, gibi yöntemlerle tedavisi ve hastanın fiziksel bakımı yanında ruhsal tedavi ve bakımı bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmuştur. Hastanın, hastalık evresinin her döneminde yaşadığı psikolojik tepkilerin ve psikososyal ortamın hastanın uyumunda ve tedavinin seyrinde etkili olduğu anlaşılmıştır (32, 52).

Kanser hastalarının, hastalığa ilişkin inançları ve konuya ilişkin bilgi düzeyleri başa çıkma yöntemlerini etkilemektedir. Endişe, narsistik bütünlük ve yaşamın tehdit edilmesi duygulanımını ortaya çıkaran ve bir dizi tepki uyandıran kanser, bireyde kriz oluşumuna yol açarak, psikolojik durum üzerinde olumsuz etki göstermektedir (18, 57).

Kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunların ve ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların ele alınmasının kanser tedavisinde ve hastaların tedaviye uyumlarında etkili olduğu, aksi takdirde bu kişilerin genel bir kanı olarak cerrahi servislerinde karşılaşılan sorunlu hastalar olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (65).

Meme kanseri teşhisi ve bu teşhisi takiben meme üzerinde yapılan tedaviler kadının hem yaşamına hem de kadınlık kimliğine bir tehdit oluşturur. Mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden algısında zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır (67). Ayrıca çeşitli kaygılara ve korkulara yol açabilir. Bunlar, yakınlardan ve çevreden ayrılma kaygısı, estetik kaygıların yol açtığı sevgi, ilgi, destek ve onayı kaybetme korkusu, temel işlevlerini, vücut üzerinde denetimi kaybetme kaygısı olarak sıralanabilir. Hastalık öncesi yaşam tarzı dolayısıyla suçluluk duyguları ve cezalandırma korkusu da görülebilir. Meme kanseri ve mastektominin yol açtığı bir diğer kaygı da hastalığın nüks etmesine yöneliktir (52, 53).

Meme kanseri tanı ve tedavisi, kadınların yaşamını fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutlarda etkileyen bir kriz durumu olmaktadır (20). Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olmasının yanı sıra, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturmasından dolayı, bugüne kadar kanserler

arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türü olmaktadır (61).

Uygulanan yöntemle göre değişmekle birlikte tüm cerrahi girişimler hastalarda birçok fiziksel ve psikososyal soruna neden olmaktadır. Fiziksel sorunlar arasında ağrı, enfeksiyon, doku perfüzyonunda bozukluklar, lenfödem; psikososyal sorunlar arasında ise; stresli yaşamın getirdiği emosyonel zorlanma, nüks olasılığına bağlı korku, depresyon, beden algısının bozulması, ve cinsel işlev bozukluğu sayılabilmektedir (9).

Mastektomi, meme kanserli bireylerin beden imgelerinin zedelenmesine neden olmakla kalmayıp, bu zedelenme depresyon, anksiyete, korku, öfke gibi duygular yaratabilmekte yakın ilişki ve evliliklerde bozulmalara yol açabilmektedir. Ailenin destek verme ve iyimser gözükme çabası içerisinde kaygı, umutsuzluk ve korkularını saklamaları, üzüntülerini bile ifade edememeleri onları daha da zor bir duruma sokacak ve yas gelişimini kolaylaştıracaktır (49).

Meme kanseri tanısı almış bir kadın kendisini duruma bağlı bir kriz dönemi içinde bulur. Bu psikolojik krizin yoğunluğu ve süresi değişmekle beraber, tüm hastalar böyle bir krizin tüm dönemlerinden ya da bir kısmından geçecektir. Elizabeth Kübler Ross, kanser tanısı aldıktan sonra hastaların yaşadıkları dönemleri inkâr ve sok, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etme olarak beş aşamada tanımlamıştır (3, 10, 48, 52, 67). Bu aşamalar aşağıda açıklanmıştır.

İnkâr: Bu dönemde hastanın hastalığının önemini küçümsemesi ya da hastalığını yok sayması görülebilir. Aslında inkâr tehlike ve tehdidi bilinç dışına atmak için kullanılan psikolojik bir savunmadır. Ölümle ilk yüzleşmeyi yumuşatır, kabullenme için zaman kazandırır. Bu dönem birkaç saniyeden birkaç güne kadar sürebilir. Şok döneminde hasta kendisine açıklanan gerçeğe belli bir mesafeden

bakar ve ne olup bittiğini anlayamaz. Hastanın iç dünyası tam bir kargaşa halindedir. Bu dönemde bazı hastalar inkar, bastırma gibi savunma mekanizmaları kullanırlar (35, 46).

Öfke: Hastalığa, tanıyı koyan doktorlara, yakınlarla bazen de sağlıklı kişilere kızgınlık olabilir. “Başkaları sağlıklı iken, hayat devam ederken neden ben?, neden şimdi?” soruları hastayı meşgul eder. Hasta öfkesini her yöne yönelttiği hatta neredeyse çevreye rasgele yansıttığı için aile ve tedavi ekibi açısından başa çıkması güç bir evredir. Hasta aile bireylerini özellikle bakım veren kişiler beceriksiz ve ilgisiz olmakla suçlayabilir. Hekimler ve hemşireler daha sıklıkla bu öfkenin hedefi haline gelebilir (35). Hastaya sık ziyaretler yapsalar bir an bile rahat bırakmamakla suçlanırlar, hastayı rahat bıraksalar ilgisizlikle suçlanırlar (10).

Pazarlık: Bu dönemde hasta işbirliği yapar, biraz daha zaman için tedavilere uyum, gerekenleri yapma ve çaba gösterme dönemidir (10, 35, 48).

Depresyon: Bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Kabullenme dönemine geçebilmek için gerekli bir dönemdir (10, 35, 48).

Kabullenme: Bu dönemde hastalık kabullenilir. Yakın ilişkiler kurabilmek, vedalaşabilmek ve ölmeden önce yapılacakları düzenleyebilmek ancak bu dönemde mümkündür. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmemeli, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır (3, 10, 35, 46, 48, 67).

Kanserde psikososyal girişimler tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir parçası olup, hastalığın fiziksel tedavisini desteklemektedir. Tedavinin her aşamasında hastalarla birlikte çalışan hemşireler, psikososyal girişimlerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında önemli görevler üstlenebilirler. Tüm kanser türleri düşünüldüğünde kanser hastalarının yaşadığı sorunlar ve gereksinimleri farklılaşmaktadır. Bu

doğrultuda hemşirelerin bütüncül bir yaklaşım içinde kanser hastalarını değerlendirmeleri ve bu yönde araştırmalar yaparak yeni psikososyal girişimler geliştirip uygulamaları son derece önemlidir (20).

1.7.2.7.2. Meme Kanserli Kadınların Beden Algısı ve Eş Uyumu ile İlgili Yaşadıkları Sorunlar

Kadının sağlığını tehdit eden, ağırlı vücut değişkenliği yaratan, kadınların yaşam biçiminde önemli değişiklikler yaratan, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturan önemli hastalıklardan biri de meme kanseridir (48, 67).

Mastektomi, meme kanserli bireylerin beden imgelerinin zedelenmesine neden olmaktadır. Bu zedelenme hastalarda depresyon, anksiyete, korku, öfke gibi duygular yaratabilmekte, hastaların yakın ilişki ve evliliklerinde bozulmalara neden olabilmektedir (49).

Memenin alınmasına gösterilen psikolojik tepkilerin derecesi, kadının memesine ilişkin algısıyla yakından ilgilidir. İnsan kişiliğinin gelişiminde beden algısı önemli bir işleve sahiptir (3).

Uzun bir tarihsel süreci olan ve pek çok etmenden etkilenen beden algısı kavramı, bireylerde çok erken yaşlarda oluşmaya başlamaktadır. Beden algısı kavramı içinde, bireylerin kendi bedenleri ile ilgili deneyimleri, tutumları ve duyguları gibi pek çok kavram yer almaktadır (4).

Psikolojik açıdan beden algısı insanın kendi bedeninden ne ölçüde hoşnut ve memnun olduğunu ifade eder (3). Fisher'e göre beden algısı, bedenin psikolojik bir deneyimini yansıtır. Bireyin duygu ve düşünceleri bedeni üzerine odaklanır (63). Olumsuz beden algısı kişinin kendiliğinden yabancılaşmasına neden olmakta ve kişinin cinsel açıdan arzulanabilir olma duygusunu bozmaktadır. Beden algısı sıkça

fiziksel görünüm olarak düşünölmektedir. Oysa beden algısı kişinin içsel bütönlüğünü, tümlük duygusunu ve normal fonksiyonlarını da kapsamaktadır (61).

Beden algısı nörolojik hastalıklarda bozulabildiği gibi, beden organlarının amputasyonu ile de değişikliğe uğrayabilir (3).

Kişinin beden görünümü ya da bir beden parçasının fonksiyonunu bozan ameliyatların, özellikle yüz, memeler, genital organlar ve üreme organlarına yönelik yapılan cerrahi girişimlerin kadının beden algısı ve cinsel yaşamı üzerinde derin ruhsal etkileri olmaktadır. Beden parçası kaybı hem fonksiyonel kayba hem de fiziksel görünümde bozulmaya, ya da her ikisine birden neden olmaktadır. İnsanoğlu bir yakınınyı kaybettiğinde nasıl yas tutarsa benzer yas süreçleri bir beden parçası kaybıyla birlikte de yaşanmaktadır. Her iki yasta da yaşanan duygu bir şey yitirme, kaybetmedir. Birinde sevilen bir insan, diğesinde ise fiziksel çekicilik ve var olan olumlu beden algısı kaybedilmiştir (26, 61).

Günümüzde memeler, hem kadının beden algısı açısından son derece önemli yapılar olarak kabul edilmekte hem de genital bölge dışındaki en duyarlı erojen bölgeler olarak tanımlanmaktadır. Meme kanserinde gerek ileri evre hastalık gerekse cerrahiye bağılı organ kaybı ya da deformitesi sonucu, hem kadın algısı bozulacak, hem de çiftler önemli bir seksüel uyarandan yoksun kalacaklardır (77).

Yapılan araştırmalarda, mastektomi sonrası kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin arttığı, beden algısı, benlik saygısı ve psikoseksüel açıdan olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Literatür incelendiğinde, meme kanserli genç kadınların daha düşük benlik saygısına sahip oldukları, beden algısı ve cinsellik hakkında daha fazla kaygı duydukları ve daha fazla duygusal distres yaşadıkları, bununla beraber ileri yaş grubundaki kadınların genç hastalara göre daha az cinsel problem yaşadıkları bildirilmiştir (35).

Meme kanseri hastalarında beden algısı ile ilişkili sorunlar hastalığın akut döneminden çok izlemde önem kazanmaktadır. Beden algısı özellikle sosyal yaşama ve hastalığa uyum sağlamada önemli rol oynamaktadır (61). Kanser cerrahisi sonucu vücudun önemli bir kısmı alındıysa (mastektomi, baş boyun cerrahisi gibi) bu durum kişinin beden algısını dolayısı ile de cinsel yaşamını etkiler. Bu hastalar aynı zamanda duygu durum hastalıkları açısından da yüksek riske sahiptir (46).

Kanser cerrahisi sonrası vücudun önemli bir kısmının alınması nedeniyle kadının fiziksel görünümünün değişmesi ve bozulması beden algısını değiştirmekte ve bu değişiklik benlik saygısına tehdit olarak algılanabilmekte, dolayısıyla da bu durum sıklıkla cinsel sorunlarla beraber eş uyumu üzerinde de çeşitli sorunlara yol açabilmektedir (67). Meme kanserli kadınlar, kendilerine yardımcı dokunan faktörler içinde en başta eşlerinin ve diğer aile üyelerinin destekleyici tutumlarının bulunduğunu belirtmektedirler. İletişim yeteneği gelişmemiş ailelerde meme kanseri gibi bir travmanın aileyi son derece bunalttığı, çıkmaza soktuğu ve evlilik ilişkilerini de olumsuz etkilediği belirtilmektedir (21).

Birçok çalışmada hem mastektomi hastalarının hem de eşlerinin mastektomiden duygusal olarak zarar gördüğü, her birinin diğerinin uyumu üzerinde etkili olduğu ve mastektomi sonrasında her iki grubun da üstesinden gelmesi gereken özel gerilim problemleri yaşadığı ortaya çıkmıştır. Araştırmalarda hasta ve eşinin olaya uyum sağlama düzeylerinin anlamlı derecede birbirine bağımlı olduğu belirlenmiştir. Eşlerden birinde uyum problemi varsa genellikle diğerinde de uyum problemi olabileceği belirtilmektedir (36). Özellikle meme kanseri ya da diğer jinekolojik kanser türleri genç yaştaki hastaların eşleri tarafından travmatik bir olay olarak algılanmaktadır. Bu durum evlilik ilişkilerini olumsuz olarak etkilemektedir (40).

Mastektomi olmuş kadınların eşlerinin, bundan sonra hayat boyu sürecek bir sorumluluk paylaşımı, anlayış geliştirme ve destekleyici tutumlarına gereksinim vardır. Aileden ve eşten gelen sosyal desteğin hastanın iyileşme sürecine olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (36).

Mastektomiye daha iyi uyum sağladığını bildiren hastaların diğerlerinden daha yaşlı olduğu, daha uzun süredir evli olduğu ve eşinden, çocuklarından, doktorundan ve hemşiresinden daha çok destek gördüğü belirtilmektedir (36).

1.7.2.7.3. Meme Kanserli Kadınlar İçin Destekleyici Hemşirelik Girişimleri

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmak, bireylerde ciddi bir psikolojik zorlanma yaratmaktadır (41). Kanser ve tedavisi birçok psikosozyal sorunu beraberinde getirdiği için hasta ve aileleri için çeşitli destekleyici girişimlerin geliştirilmesine gereksinim bulunmaktadır. Bu destekleyici girişimlerin bütüncül bir yaklaşım içinde, kanser tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve uygulanması son derece önemli olmaktadır. Kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda da psikosozyal girişimlerin semptom yönetiminde, stresle baş etmede ve yaşam kalitesinin arttırılmasında olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (67).

Kanser, multidisipliner bir ekip anlayışı içinde ele alınması gereken bir hastalıktır. Bu ekip içinde tüm sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler hastaların yaşadığı psikosozyal sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller üstlenebilmektedirler (35, 57). Bu doğrultuda, meme kanserli kadınların psikosozyal sorunlarına yönelik destekleyici girişimleri planlamada aşağıdaki temel noktalar dikkate alınabilmektedir (35).

Bilgi verme: Bilgi eksikliği, pek çok meme kanserli kadın tarafından anksiyete ve korku kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Hastalık sürecinde hasta ve ailelerin sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmaya gereksinimleri vardır. Hasta tolere

edebileceği şekilde, sürede ve süreçte bilgilendirilmelidir. Hastanın yüksek ya da düşük emosyonel distres sınıflamaları içerisinde düşünülerek çatışmalarının ifade ettirilmesi, hastaya güvence ve psikososyal destek verilmesi önemlidir (57). Tedavi sürecinin her aşamasında ve sonrasında hasta ve hasta yakınlarının gereksinim duydukları konularda bilgilendirilmesinin yararlı olacağı bildirilmektedir (35, 67).

Emosyonel destek sağlama: Birçok meme kanserli kadın, ciddi düzeyde anksiyete ve depresyon yaşamaktadır. Hastalık sürecinde kadınların psikososyal sorunlarını ve duygularını ifade etme gereksinimleri vardır. Hastalara yardım etmede dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri, onların bu süreçte yaşadıkları duyguları anlamaya çalışmaktır. Bu amaçla kadınlara danışmanlık tarzında emosyonel destek verilebilir (35, 52).

Sosyal destek sağlama: Birçok meme kanserli kadın hastalık sürecinde hem ailelerinin ve akranlarının hem de sağlık profesyonellerinin desteğine gereksinim duymaktadır. Birçok kadın ağrı, beden algısı ile ilgili problemler, cinsel sorunlar ve sosyal izolasyon gibi özel sorunlar konusunda duygularını ifade etme gereksinimi içindedir. Bu doğrultuda hasta ve ailelerin kendine yardım ya da destek gruplarına katılım yönünde cesaretlendirilerek, sosyal destek ağlarının genişletilmesi sağlanabilir (35, 67).

BÖLÜM II

2- GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi amacıyla yapılmış kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

2.2. KULLANILAN GEREÇLER

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak geliştirilen hasta tanıtım formu (Ek I), Vücut Algısı Ölçeği (Ek II) ve Çiftler Uyum Ölçeği (Ek III) kullanılmıştır.

I.Hasta Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda hastanın, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, boyu, kilosu, eşinin yaşı, mesleği, eğitim durumu, meme kanseri öncesi pelvik ameliyat (karın ve pelvik travmalar, rahimin alınması, yumurtalıkların alınması vb) geçirme durumu, menopoz durumu, kanserin evresi, ameliyat tipi, ameliyatın üzerinden geçen süre, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi (Tamoksifen) alma durumu, hormon tedavisi kullanım süresi, hastanın memesinin alınmasına bağlı yaşadığı duygusal sorunlar, tekrar kanser olacağı korkusu ve mastektomiye bağlı yaşadığı en önemli korkuya ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Hasta bireylerin ameliyat oldukları tarihte meme kanserinin hangi evresinde bulunduğu ve uygulanan ameliyat tipi bilgileri hasta dosyasından alınmıştır.

II. Vücut Algısı Ölçeği: Bu çalışmada Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan tek vücut algısı ölçeği (VAÖ) olduğu için bu ölçek kullanılmıştır. Bedenin çeşitli parçalarından hoşnutluk durumunun ölçüldüğü bu ölçek, Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 40 maddeden oluşmakta olup, her madde bir organ ya da vücudun bir bölümünü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir

işlevini (cinsel faaliyet düzeyi gibi) tanımlamaktadır. Ölçekten alınan düşük puanlar hoşnutsuzluğun yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bütün maddeler 1 – 5 arasında puanlanmaktadır (1: Hiç beğenmiyorum; 5: Çok beğeniyorum). Ölçekten tek puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan da 200 olup puan artışı, olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir. İlgilenen araştırmacılar, herhangi bir maddenin puanını toplam puandan çıkartıp, madde ortalaması ile toplam puan ortalamasını karşılaştırabilir. Kesme puanı mevcut değildir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik çalışması Hovardaoğlu (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Toplam puan için elde edilen Cronbach Alfa değeri 9.1 dır (50, 61). Bu çalışmada toplam puan için elde edilen Cronbach Alfa değeri.786 olarak bulunmuştur.

III. Çiftler Uyum Ölçeği: Çiftler arasındaki uyumu, doyum, duygu dışa vurulması, bağlılık gibi alt boyutlarda ölçmek için Spanier (1976) tarafından geliştirilmiştir. Puanlar 0 -151 arasında değişmekte ve alınan yüksek puanlar eş uyumunun iyi olduğuna, 100 ve altı puanlar ilişkide bir sorun olduğuna işaret etmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fışiloğlu ve Demir (2000) tarafından yapılmıştır (44). Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri.945 olarak bulunmuştur.

Çiftler Uyum Ölçeği çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik ölçektir. Dört alt ölçekten oluşmaktadır (49);

a) Eşler arası tatmin alt ölçeği; negatif ve pozitif düşünce modelleri ile pozitif ve aversif iletişimi sorgulayan 10 madde içermektedir.

b) Eşler arası bağlılık alt ölçeği; birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşmaktadır.

c) Eşler arası fikir birliği alt ölçeği; evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşmaktadır.

d) Duygusal ifade alt ölçeği; sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini göstermektedir. Sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içermektedir.

Toplam ölçüm puanları evlilik uyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır. Çiftler uyum ölçeği alt ölçekleri Çizelge III' de gösterilmiştir.

Çizelge III. Çiftler Uyum Ölçeği Alt Boyutları

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

Testten alınabilecek puanların dağılımı 0-151'dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir (50, 67).

2.3. KULLANILAN YÖNTEM VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada mastektomili hastalar olasılıksız yöntem ile seçilmişlerdir.

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmanın verileri 1 Aralık 2008- 30 Haziran 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Meme Polikliniğinde toplanmıştır. Araştırma verileri toplanması meme polikliniğinin yanında bulunan hasta dinlenme odasında, hastalar muayene sırasını beklerken yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda mastektomi ameliyatı olmuş 1Aralık 2008- 30 Haziran 2009 tarihleri arasında polikliniğe kontrole gelen hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Polikliniği, poliklinik odası ve hasta muayene odasından oluşmaktadır. Meme polikliniğinde görevli bir hemşire ve bir sekreter bulunmaktadır. Poliklinikte, 3 profesör, 1 uzman ve 4 araştırma görevlisi görev yapmaktadır. Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yılda ortalama 250 meme kanserli hasta ameliyat edilmektedir. Her yıl Temmuz ve Ağustos ayları içinde ve Cuma günleri meme polikliniğinde mastektomili hastaların kontrolü yapılmamaktadır.

2.6. ARAŞTIRMADA ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini, 1 Aralık 2008- 30 Haziran 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda en az 1 yıl en çok 5 yıl önce mastektomi ameliyatı olmuş ve Meme Polikliniğine kontrole gelen, 18 -65 yaş arasında, okur -yazar, evli ya da tek eş ile yaşamakta olan, diğer kanserlerden dolayı tedavi öyküsü olmayan, psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan ve kanser evresi 0- I, II, III olan, rastgele örneklem yöntemiyle seçilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü 101 hasta oluşturmaktadır. Evre IV hastaları uzak metastazlı olduğundan sistemik tedavi aldıklarından bu hastalarda cerrahi genellikle yapılmamakta ya da palyatif amaçlı olabilmektedir (34). Bu nedenle araştırma kapsamına kanserin I, II, III. evresinde olan hastalar dahil edilmiştir. Araştırmanın yönteminde olasılıksız örneklem kullanılmıştır.

2.7. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı Değişkenler: Hastaların beden algıları ve eş uyumları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, ağırlık, boy, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek ve ekonomik durum araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Bu araştırmada veriler anket formu ve ölçek kullanılarak ve 1 Aralık 2008-30 Haziran 2009 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.9. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilecek verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS 16.0) programı kullanılarak, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalında yapılmıştır.

- Mastektomili kadınların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdeler dağılımlar,
- Mastektomili kadınların tanıtıcı özellikleri ile Vücut Algısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırmak için One Way Anova testi,
- Mastektomili kadınların tanıtıcı özelliklerinden meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumu, ameliyat tipi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi, mastektomiye bağlı duygusal sorun yaşama durumu, tekrar kanser olma korkusu ve mastektomiye bağlı yaşanan en önemli korku ile Vücut Algısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasını değerlendirmek amacı ile T testi
- Ölçeklerin karşılaştırılmasında korelasyon kullanılmıştır.

2.10. SÜRE OLANAKLAR

Araştırma Nisan- Temmuz 2008 tarihleri arasında planlanmış ve kaynak araştırması yapılmıştır. 18.11.2008 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Veriler 1 Aralık 2008-30 Haziran 2009 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.11. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın uygulanabilmesi için;

- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu,
- Ege Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği,
- Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı ve Başhemşireliği'nden gerekli izinler alınmıştır.

Veriler toplanmadan önce hastalara araştırmanın amacı anlatılarak, araştırma hakkında gerekli bilgiler verilmiş ve kendilerinden sözlü izin alınmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan toplam 101 mastektomi ameliyatı hastaya uygulanan ölçekler ve bu ölçeklerden elde edilen verilerin istatistiksel analiz sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	%
Yaş	53.8 ± 7.3	
30-41	9	8.9
42-53	39	38.6
54-65	53	52.5
Eğitim durumu		
İlköğretim mezunu	52	51.4
Lise mezunu	25	24.8
Yükseköğretim mezunu	24	23.8
Meslek		
Ev hanımı	61	60.4
Memur	9	8.9
Diğer	31	30.7
Eşlerin yaşı		
30-41	2	2.0
42-53	30	29.7
54-65	69	68.3
Eşlerin eğitim durumu		
İlköğretim mezunu	27	26.7
Lise mezunu	25	24.8
Yükseköğretim mezunu	49	48.5
Toplam	101	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 53.8 ± 7.3 olup en düşük yaş 37 ve en yüksek yaş 65 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan hastaların %8.9'unun 30-41, % 38.6'sının 42-53, %52.5' inin 54-65 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların eğitim durumları incelendiğinde %51.4'nün ilköğretim mezunu, %24.8'inin lise, %23.8'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların mesleklerine bakıldığında %60.4' ünün ev hanımı olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Araştırma kapsamındaki hastaların eşlerinin yaş ortalamasının 57.16 ± 7.14 olduğu, eşlerin yaş gruplarına bakıldığında %2'sinin 30-41, %29.7'sinin 42-53, %68.3 'ünün 54-65 yaş grubunda bulunduğu, eğitim durumlarına göre incelendiğinde %26.7'sinin ilköğretim mezunu, %24.8'inin lise mezunu, %48.5'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Beden kitle indeksi		
Normal kilolu	20	19.8
Hafif şişman	51	50.5
Obez	28	27.7
İleri derecede obez	2	2.0
Ameliyat öncesi pelvik ameliyat geçirme		
Evet	38	37.6
Hayır	63	62.4
Menopoz durumu		
Premenopoz	10	10.0
Perimenopoz	17	16.8
Postmenopozal	56	55.4
Cerrahi menopoz	18	17.8
Toplam	101	100

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Çalışmaya alınan mastektomili hastaların beden kitle indeksi incelendiğinde hastaların %19.8’inin normal kilolu, %50.5’inin hafif şişman, %27.7’sinin obez, %2’sinin ileri derecede obez olduğu, meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumlarına bakıldığında %62.4’ünün meme kanseri öncesi pelvik ameliyat olmadığı, kadınların % 55.4’ünün postmenopozal durumda olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastalıklarına ve Tedavi Yöntemine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Hastalık evresi		
Evre 0	5	5.0
Evre 1	47	46.5
Evre 2	40	39.6
Evre 3	9	8.9
Ameliyat tipi		
Total mastektomi	74	73.3
Meme koruyucu mastektomi	27	26.7
Ameliyattan geçen süre		
1-2 yıl	28	27.7
3-4 yıl	29	28.7
4-5 yıl	44	43.6
Kemoterapi		
Evet	40	39.6
Hayır	61	60.4
Radyoterapi		
Evet	25	24.8
Hayır	76	75.2
Hormon tedavi		
Evet	46	45.5
Hayır	55	54.5
Hormon tedavi süresi		
1 yıldan az	5	4.9
1-3 yıl	21	20.8
3-5 yıl	22	21.8
Hiç kullanmayan	53	52.5
Toplam	101	100

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların hastalıklarına ve tedavi yöntemlerine ilişkin bilgilerinin dağılımı Tablo 3’de gösterilmiştir. Kanser evresi durumlarına göre

mastektomili hastaların %5'inin evre 0, %46.5'inin evre 1, %39.6'sının evre 2, %8.9'unun evre 3 de bulunduğu, mastektomi tipine bakıldığında hastaların %73.3'üne total mastektomi, %26.7'sine meme koruyucu ameliyat uygulandığı, ameliyattan sonraki geçen sürelerine bakıldığında mastektomili hastaların %27.7'sinin ameliyatından sonra 1-2 yıl geçtiği, %28.7'sinin 3-4 yıl, %43.6'sının ise 4-5 yıl geçtiği belirlenmiştir. Mastektomili hastaların %39.6'sının kemoterapi aldığı, %24.8'inin radyoterapi, %45.5'inin hormon tedavisi aldığı, hastaların hormon tedavisi alma yılları incelendiğinde %21.8'inin 3-5 yıl hormon tedavisi aldığı saptanmıştır.

Tablo 4. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Psikolojik Durumlarının Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Duygusal sorun yaşama		
Evet	49	48.5
Hayır	52	51.5
Tekrarlama korkusu		
Evet	62	61.4
Hayır	39	38.6
Mastektomiye bağlı korku yaşama durumu		
Evet	15	14.9
Hayır	86	85.1
Toplam	101	100

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların psikolojik durumlarının dağılımı Tablo 4'de incelenmiştir. Hastaların %48.5'inin duygusal sorun yaşadığı ve %61.4'ünün tekrar kanser olma korkusu yaşadıklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Mastektomiye bağlı yaşadığınız en önemli korku nedir sorusuna mastektomili hastaların %85.1'i korku yaşamadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 5. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Araştırma Ölçeklerinden ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Ölçekler	Madde Sayısı	(Minimum-maksimum)	SD
Vücut algısı	40	121-160	7.85
Eş uyumu	32	16-144	20.48
Memnuniyet-doyum	10	14-49	6.6
Bağlılık	5	2-25	3.2
Duygusal ifade	4	0-16	2.4
Fikir birliği	13	0-65	11.6

Tablo 5’de mastektomi ameliyatı geçiren hastaların vücut algısı ölçeği ve çiftler uyum ölçeğinden aldıkları minimum ve maksimum puanlar ile ortalamalar gösterilmiştir. Mastektomili hastaların vücut algısı ölçeğinden aldıkları en düşük puan 121, en yüksek puan 160, ortalama 152.22 ± 7.85 olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çiftler uyum ölçeğinden aldıkları puan en düşük 16, en yüksek 144, ortalama 122.43 ± 20.48 olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Vücut Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Tanıtıcı özellikleri	Sayı	X±SS	İstatistiksel değerlendirme
Yaş grubu			
30-41	9	153.00±6.74	F=,434 p=,649
42-53	39	151.30±8.02	
54-65	53	152.77±7.97	
Toplam	101	152.22±7.85	
Eğitim durumu			
İlköğretim mezunu	52	152.50±7.86	F=,898 p=,411
Lise mezunu	25	153.36±9.20	
Yükseköğretim mezunu	24	150.45±6.15	
Toplam	101	152.22± 7.85	
Meslek			
Ev hanımı	61	151.65±8.63	F=,1.611 p=,205
Memur	9	149.55±5.81	
Diğer	31	154.12±6.40	
Toplam	101	152.22±7.85	

Tablo 6’da mastektomi ameliyatı geçiren hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Vücut Algısı Ölçeğinden aldıkları puan dağılımı gösterilmiştir.

Mastektomili hastalar yaş grubuna göre değerlendirildiğinde; 30-41 yaş grubundaki kadınların vücut algılarının diğer gruptakilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (ortalama:153.00±6.74). Çalışmamızda yaşın vücut algısını etkilemediği saptanmıştır (p=,649). Mastektomili hastalar eğitim durumlarına göre vücut algısı ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde lise mezunu hastaların vücut algısı ölçeğinden aldıkları puanının diğer gruptaki hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiş (ortalama: 153.36 ± 9.20), eğitim durumunun vücut algısını etkilemediği bulunmuş (p=,411), mesleklerine göre incelendiğinde ise meslek grubunun vücutalgısını etkilemediği saptanmıştır (p=,205).

Tablo 7. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Vücut Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımı

Tanıtıcı özellikleri	Sayı	X±SS	İstatistiksel değerlendirme
Beden kitle indeksi			
Normal kilolu	20	151.40±10.26	F=1,719 p=,168
Hafif şişman	51	152.86±6.36	
Obez	28	152.50±6.28	
İleri derecede obez	2	140.50±27.57	
Toplam	101	152.22± 7.85	
Ameliyat öncesi pelvik ameliyat geçirme			
Evet	38	151.71±8.77	T=-,512 p=,610
Hayır	63	152.53±7.29	
Toplam	101	152.22± 7.85	
Menopoz durumu			
Premenopoz	10	152.60 ± 6.02	F=2.155 p= ,098
Perimenopoz	17	155.35 ± 3.48	
Postmenopozal	56	150.58 ± 9.14	
Cerrahi menopoz	18	154.16 ± 6.24	
Toplam	101	152.22 ±7.85	

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların klinik özelliklerine göre Vücut Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 7’de incelenmiştir.

Mastektomili hastalar vücut kitle indeksine göre incelendiğinde hafif şişman kadınların vücut algısı ölçeğinden aldıkları puanın diğer mastektomili hastalara göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (ortalama:152.86±6.36). Vücut kitle indeksinin vücut algısını etkilemediği bulunmuştur (p=,168).

Meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumuna bakıldığında mastektomili hastaların meme kanseri öncesi pelvik ameliyat olmayanların vücut algılarının diğerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuş (ortalama:152.53±7.29), meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumunun mastektomili hastaların vücut algısını etkilemediği saptanmıştır (p=,610).

Mastektomili hastaların menopoz durumlarına göre vücut algısı ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde perimenopozdaki hastaların vücut algılarının yüksek olduğu saptanmıştır (ortalama:155.35±3.48). Menopoz durumunun mastektomili hastaların vücut algısını etkilemediği bulunmuştur (p=,098).

Tablo 8. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastalıklarına ve Tedavi Yöntemlerine Göre Vücut algısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Özellikler	Sayı	X±SS	İstatistiksel değerlendirme
Hastalık evresi			
Evre 0	5	156.80 ± 4.60	F=5,896 p=,001
Evre 1	47	154.93 ± 4.13	
Evre 2	40	148.72 ± 9.11	
Evre 3	9	151.11 ± 11.75	
Toplam	101	152.22 ± 7.85	
Ameliyat tipi			
Total mastektomi	74	152.21 ± 7.33	T=,024
Meme koruyucu mastektomi	27	152.25 ± 9.28	P=,981
Toplam	101	152.22 ± 7.85	

Ameliyattan geçen süre			
1-2 yıl	28	153.50 ± 7.37	
3-4 yıl	29	150.55 ± 7.95	F=1,60
4-5 yıl	44	152.52 ± 8.06	P=,350
Toplam	101	152.22 ± 7.85	
Kemoterapi			
Evet	40	151.45 ± 8.51	T= -,804
Hayır	61	152.73 ± 7.41	P=,423
Toplam	101	152.22 ± 7.85	
Radyoterapi			
Evet	25	150.80 ± 9.93	T=-1,048
Hayır	76	152.69 ± 7.05	P=,383
Toplam	101	152.22 ± 7.85	
Hormon tedavi			
Evet	46	151.39 ± 8.76	T=-,979
Hayır	55	152.92 ± 7.00	P=,330
Toplam	101	152.22 ± 7.85	
Hormon tedavi süresi			
1 yıldan az	5	156.80 ± 3.89	
1-3 yıl	21	151.38 ± 8.40	F=,993
3-5 yıl	22	150.72 ± 9.54	p=,399
Hiç kullanmayan	53	152.75 ± 7.06	
Toplam	101	152.22 ± 7.85	

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların hastalıkları ve tedavi yöntemlerine göre vücut algısı ölçeğinden aldıkları puan dağılımlarının incelenmesi Tablo 8'de gösterilmiştir.

Mastektomili hastaların kanser evresi ile vücut algısı ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında evre 0'daki hastaların puan ortalamalarının en yüksek olduğu bulunmuştur (ortalama:156.80±4.60). Mastektomili hastaların kanser evresinin kadınların vücut algısını etkilediği, bu etkinin evre 1'den kaynaklandığı saptanmıştır (p=0.01).

Ameliyat tipi ile vücut algısı ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde meme koruyucu mastektomi olmuş hastaların vücut algısı ölçeğinden aldıkları puan ile

(ortalama:152.25±9.28)ile total mastektomi ameliyatı olmuş hastaların aldıkları puanın (ortalama 152.21±7.33) birbirine çok yakın bulunduğu saptanmıştır. Ameliyat tipinin mastektomili hastaların vücut algılarını etkilemediği bulunmuştur (p=,981).

Mastektomili hastaların ameliyatlarının üzerinden geçen süreler bakımından ameliyatının üzerinden 1-2 yıl geçen hastaların vücut algısı ölçeğinden aldıkları ortalama puanların 153.50±7.37 ile diğer hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve ameliyatın üzerinden geçen sürenin mastektomili hastaların vücut algılarını etkilemediği saptanmıştır (p=,350).

Kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi ve hormon tedavisi alma durumlarına göre mastektomili hastaların vücut algısı ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde kemoterapi (p=,423), radyoterapi (p=,383), hormon tedavisi alma durumunun (p=,330) ve hormon tedavisi alma sürelerinin mastektomili hastaların vücut algılarını etkilemediği bulunmuştur (p=,399).

Tablo 9. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Psikolojik Durumlarına Göre Vücut Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımları

Psikolojik durum	Sayı	X±SS	İstatistiksel değerlendirme
Duygusal sorun yaşama			
Evet	49	149.81 ± 8.66	T=-3,095 P=,003
Hayır	52	154.50 ± 6.28	
Toplam	101	152.22 ± 7.85	
Tekrarlama korkusu			
Evet	62	151.32 ± 7.46	T=-1,469 P=,145
Hayır	39	153.66 ± 8.32	
Toplam	101	152.22 ± 7.85	
Mastektomiye bağlı korku yaşama			
Evet	15	152.20 ± 6.87	T=,015 P=,988
Hayır	86	152.23 ± 8.04	
Toplam	101	152.22 ± 7.85	

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların psikolojik durumlarına göre vücut algısı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Mastektomili hastaların mastektomiye bağlı duygusal sorun yaşama durumları incelendiğinde mastektomiden sonra duygusal sorun yaşamayanların vücut algısı ölçeğinden aldıkları ortalama puan daha yüksek bulunmuştur (ortalama: 154.50±6.28). Mastektomili hastaların mastektomiye bağlı yaşadıkları duygusal sorunun vücut algılarını etkilediği saptanmıştır (p=0.03).

Mastektomili hastaların tekrar kanser olma korkusu ve mastektomiden sonra yaşadıkları korku durumlarına bakıldığında tekrar kanser olma korkularının (p=,145), mastektomiden sonra yaşadıkları korku durumlarının hastaların vücut algılarını etkilemediği bulunmuştur (p=,988).

Tablo 10. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	X±SS	İstatistiksel değerlendirme
Yaş grubu			
30-41	9	116.66 ± 38.84	F=,391 p=,678
42-53	39	122.79 ± 12.76	
54-65	53	123.15 ± 21.19	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Eğitim durumu			
İlköğretim mezunu	52	123.46 ± 21.35	F=,524 p=,594
Lise mezunu	25	118.80 ± 25.17	
Yükseköğretim mezunu	24	124.00 ± 11.48	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Meslek			
Ev hanımı	61	120.75 ± 24.35	F=,832 p=,438
Memur	9	120.22 ±11.87	
Diğer	31	126.38 ±12.27	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	

Eşlerin yaş grubu			
30-41	2	116.50 ± 13.43	F=,486 p=,617
42-53	30	125.36 ± 11.66	
54-65	69	121.33 ± 23.45	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Eşlerin Eğitim durumu			
İlköğretim mezunu	27	117.33 ± 29.25	F=1,220 p=,300
Lise mezunu	25	123.04 ± 21.08	
Yükseköğretim mezunu	49	124.93 ± 12.92	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puan dağılımlarının incelenmesi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Mastektomili hastaların 54-65 yaş grubun eş uyumu ortalamaları diğer gruptakilerden daha yüksek bulunmuş (ortalama:123.15±21.19), mastektomili hastaların yaş grubunun eş uyumunu etkilemediği saptanmıştır (p=,678). Eğitim durumlarına göre mastektomili hastaların eş uyumlarına bakıldığında yüksek öğretim mezunu hastaların eş uyumunun ortalamalarının diğer gruptakilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş (ortalama:124.00±11.48), eğitim durumunun mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği belirlenmiştir (p=,594). Mastektomili hastaların eşlerinin yaşlarına ve eğitim durumlarına göre Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında mastektomili hastaların eşlerinin yaşlarının (p=,617) ve eğitim durumlarının eş uyumlarını etkilemediği saptanmıştır (p=,300).

Mastektomili hastalarının mesleğine göre eş uyumu incelendiğinde hastaların mesleğinin eş uyumlarını etkilemediği bulunmuştur (p=,438).

Tablo 11. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Klinik Özellikler	Sayı	X±SS	İstatistiksel değerlendirme
Beden kitle indeksi			
Normal kilolu	20	123.75±11.97	F=,391 P=,760
Hafif şişman	51	120.37±23.24	
Obez	28	124.75±20.75	
İleri derecede obez	2	129.50±9.19	
Toplam	101	122.43±20.48	
Ameliyat öncesi pelvik ameliyat geçirme			
Evet	38	126.13±13.73	T=1,415 P=,160
Hayır	63	120.20±23.46	
Toplam	101	122.43±20.48	
Menopoz durumu			
Premenopoz	10	121.50±12.75	F=,393 P=,758
Perimenopoz	17	126.00± 7.76	
Postmenopozal	56	120.71±25.24	
Cerrahi menopoz	18	124.94±15.26	
Toplam	101	122.43±20.48	

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların klinik özelliklerine göre Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 11’de verilmiştir.

Mastektomili hastaların beden kitle indekslerine göre beden kitle indeksinin eş uyumunu etkilemediği bulunmuştur (p=,760).

Meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumlarına göre mastektomili hastaların eş uyumu puan ortalamalarının incelendiğinde meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçiren hastaların eş uyumu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş (ortalama: 126.13±13.73), meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumunun mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği belirlenmiştir (p=,160).

Mastektomili hastaların menopoz durumuna göre çiftler uyum ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında perimenopozdaki hastaların puan ortalamalarının

daha yüksek olduğu belirlenmiştir (ortalama:126.00±7.76). Menopoz durumunun mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği saptanmıştır (p=,758).

Tablo 12. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Hastalıkları ve Tedavi Yöntemlerine Göre Eş Uyumu Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Özellikler	Sayı	X±SS*	İstatistiksel değerlendirme
Hastalık evresi			
Evre 0	5	132.80 ± 5.49	F=,824 P=,484
Evre 1	47	124.14 ±17.59	
Evre 2	40	119.95 ± 21.41	
Evre 3	9	118.77 ± 32.91	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Ameliyat tipi			
Total mastektomi	74	122.06 ± 22.87	T=,298 P=,118
Meme koruyucu mastektomi	27	123.44 ± 11.93	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Ameliyattan geçen süre			
1-2 yıl	28	127.39 ± 11.35	F=2,106 p=,127
3-4 yıl	29	124.55 ± 14.19	
4-5 yıl	44	117.88 ± 26.89	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Kemoterapi			
Evet	40	122.30 ± 19.21	T=,054 P=,957
Hayır	61	122.52 ± 21.42	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Radyoterapi			
Evet	25	126.08 ± 11.57	T=1,026 P=,307
Hayır	76	121.23 ± 22.59	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Hormon tedavi			
Evet	46	123.19 ± 19.81	T=.340 P=,735
Hayır	55	121.80 ± 21.18	
Toplam	101	122.43 ±20.48	
Hormon tedavi süresi			
1 yıldan az	5	123.00 ± 14.37	F=,185 p=,907
1-3 yıl	21	121.00 ± 26.76	
3-5 yıl	22	125.22 ± 12.07	
Hiç kullanmayan	53	121.79 ± 21.26	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların hastalıkları ve tedavi yöntemlerine göre eş uyumu ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 12’de verilmiştir.

Kanser evrelerine göre mastektomili hastaların eş uyumu ortalamaları incelendiğinde Evre 0’daki hastaların eş uyumu puan ortalamalarının diğer gruptakilere göre daha yüksek olduğu bulunmuş (ortalama: 132.80±5.49), kanser evresinin mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği belirlenmiştir (p=,484).

Mastektomili hastaların ameliyat tipine göre eş uyumu puan ortalamaları incelendiğinde meme koruyucu ameliyat uygulanan hastaların eş uyumu puan ortalamalarının total mastektomi ameliyatı olmuş hastaların puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (ortalama:123.44±11.93). Hastalara uygulanan mastektomi tipinin eş uyumunu etkilemediği saptanmıştır (p=,118).

Ameliyatın üstünden geçen süreler göre mastektomili hastaların eş uyumu puan ortalamalarına bakıldığında ameliyattan sonra 1-2 yıl geçmiş mastektomili hastaların eş uyumu puan ortalamalarının diğer gruptaki hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş (ortalama:127.39±11.35), ameliyattan sonra geçen sürenin mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği saptanmıştır (p=,127).

Kemoterapinin (p=,957), radyoterapinin (p=,307), hormon tedavisinin (p=,735) ve hormon tedavi süresinin mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği saptanmıştır (p=,907).

Tablo 13. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Duygusal Durumlarına Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımları

Psikolojik durum	Sayı	X±SS	İstatistiksel değerlendirme
Duygusal sorun yaşama			
Evet	49	118.89 ± 24.88	T=-1,701 p=,098
Hayır	52	125.76 ± 14.71	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Tekrarlama korkusu			
Evet	62	121.82 ± 20.73	T=-,378 p=,706
Hayır	39	123.41 ± 20.29	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	
Mastektomiye bağlı korku yaşama			
Evet	15	121.73 ± 16.17	T=,143 p=,886
Hayır	86	122.55 ± 21.22	
Toplam	101	122.43 ± 20.48	

Tablo 13’de mastektomi ameliyatı geçiren hastaların duygusal durumlarına göre çiftler uyum leğinden aldıkları puan dağılımı gösterilmiştir.

Mastektomili hastaların mastektomiden sonra duygusal sorun yaşama durumlarına göre eş uyumları puan ortalamaları incelendiğinde mastektomiden sonra duygusal sorun yaşamayan hastaların eş uyumu puan ortalamalarının daha ysek olduğu bulunmuştur (Ortalama:125.76±14.71). Ameliyattan sonra duygusal sorun yaşama durumunun mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği belirlenmiştir (p=,098).

Tekrar kanser olma korkusunun (p=,706) ve memenin alınmasına bağlı yaşanılan korkunun mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği saptanmıştır (p=,886).

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların Vücut Algısı leğinden ve iftler Uyum leğinden aldıkları puanların korelasyonuna bakıldığında beden algısının eş uyumunu etkilediği saptanmıştır (p=,029).

BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA

4.1. MASTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, HASTALIĞA VE TEDAVİ ŞEKLİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Bu çalışma; mastektomi ameliyatı geçiren hastaların beden algısı ve eş uyumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma kapsamına alınan 101 mastektomili hastadan elde edilen bulgular yapılan diğer çalışma sonuçları ve literatür bilgisi ile tartışılmıştır.

Meme kanseri gelişme riski, yaş ile doğru orantılı olup, yaş arttıkça hastalığın görülme sıklığı giderek artmaktadır. Meme kanserinin büyük çoğunluğunun 50 yaşından sonra oluştuğu belirtilmektedir (37). Araştırma kapsamına alınan mastektomili hastaların yarısından fazlasının 54-65 yaş grubunda olduğu (Tablo 1) ve yaş ortalamasının 53.8 ± 7.3 olduğu saptanmıştır. Geiger ve arkadaşlarının 1979-1999 yılları arasında proflaktik mastektomi uygulanan ve uygulanmayan meme kanserli kadınların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmasında, meme kanserinin en fazla 55-64 yaş grubunda olduğunu bulmuşlardır (33). Özmete'nin "Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanserli Hastaların Erken Dönem Sonuçları" konulu uzmanlık tezinde hastaların yaş ortalamalarını 51.7 ± 12.7 olarak bulunmuştur (56). Zanalıoğlu'nun "Meme Cerrahisi Sonrası Adjuvan Terapi Almış Meme Kanserli Kadınlarda Yaşam Kalitesi Analizi" konulu uzmanlık tezinde mastektomili kadınların %58.7'sinin 40-59 yaş grubunda olduğu belirtilmiştir (78). Wronska ve arkadaşlarının 217 mastektomi sonrası kadının hemşirelik bakımından memnuniyetlerini inceledikleri çalışmalarında kadınların %69.1'inin 50 yaş ve üstü olduğu bulunmuştur (75). Karanlık ve arkadaşlarının 1989-2005 yılları arasında

toplam 1841 hastada “Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları” konulu çalışmalarında hastaların %54’ünün 41-60 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (42). Bulgularımız literatüre paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda mastektomili hastaların yaklaşık olarak yarısının ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Can ve arkadaşlarının “Sistemik Tedavi Alan Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi” konulu araştırmasında hastaların %47.5’nin ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur (16). Çam ve arkadaşlarının meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri incelemiş olduğu araştırmalarında hastaların %60’ının ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (21). Bulgularımız literatüre paralellik göstermektedir

Aygın ve Aslan’ın yaptıkları çalışmada meme kanserli kadınların %58.9’unun ev hanımı olduğu saptanmıştır (9). Bu araştırmada da mastektomili hastaların yarısından fazlasının ev hanımı olması Aygın ve Aslan’ın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Literatürde meme kanseri riski ile menopoz yaşı arasında ilişki bulunduğu, geç menopozun meme kanserinde risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Kırk beş yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski 55 yaşından sonra bu döneme giren kadınların yarısı kadardır (45). Wilmoth’un “Mastektominin Yan Etkisi” konulu araştırmasında da mastektomili kadınların %94’ünün menopoz sonrası dönemde olduğu bulunmuştur (74). Aygın ve Aslan’ın yaptıkları çalışmasında meme kanserli kadınların %66.3’ü menopozdadır. Araştırmamızda mastektomili kadınların %55.4’ünün menopoz sonrası dönemde olduğu saptanmıştır (9). Bulgularımız Aygın ve Aslan’ın bulgularına benzemektedir.

Meme kanserinin cerrahi tedavisinin başarılı sonuçlanabilmesi için klinik olarak çok ilerlememiş olması gerekmektedir. Özellikle evre 1 ve 2 mastektomi için

endikedir (67). Çolak ve arkadaşlarının “Meme Kanserli Kadınlarda Cerrahi Yöntemin Seçimini Etkileyen Faktörler” konulu çalışmalarında hastaların %47’sinin meme kanserinin 1.evresinde bulunduğunu saptamışlardır (24). Akın’ın (2007) “Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-etkililiklerinin Değerlendirilmesi” konulu tez çalışmasında mastektomili kadınların %47.6’sının 1.evrede olduğunu (1), Cappiello ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmalarında çalışma kapsamındaki kadınların %45’inin 1.evrede olduğu saptanmıştır (18). Bu araştırma kapsamındaki mastektomili kadınların %46.5’inin evre 1’de olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Erken evre meme kanserinde cerrahi tedavi alternatifleri, modifiye radikal mastektomi (MRM), mastektomi ve hemen rekonstrüksiyon (MHR) ve meme koruyucu cerrahidir (MKC). Buna karşın Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de beklenen oranda meme koruyucu cerrahi yapılmadığı belirtilmektedir (24). Bu çalışma kapsamındaki mastektomili kadınların %73.3’üne total mastektomi uygulandığı saptanmıştır. Karanlık ve arkadaşları (2006) yaptıkları araştırmada meme kanserli hastaların %66’sına total mastektomi uygulandığını bulmuşlardır (42). Çam ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında meme kanserli hastalara %69.2 oranında total mastektomi uygulandığı (21), Weiss’in çalışmasında (2004) hastaların %61’ine total mastektomi uygulandığı belirlenmiştir (72). Bulgularımız literatüre benzemektedir.

I. Ulusal Meme Hastalıkları Konsensusu (2006) kararına göre erken evre meme kanserinde ana tedavi yönteminin cerrahi olduğu, ek sistemik tedavilerin erken evre meme kanserinde yaşam süresini uzattığı, sistemik tedavilerin kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi olarak üçe ayrıldığı, tedavilere karar verilirken prognostik ve belirleyici faktörlere bakıldığı bildirilmiştir (38). Çalışmamızda

mastektomili hastaların %39.6'sının kemoterapi, %24.8'inin radyoterapi ve %45.5'inin hormonal tedavi aldıkları saptanmıştır. Dorval ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında hastaların %40'ının kemoterapi aldığı, %51'nin ise hormon tedavisi aldığı saptanmıştır (29). Weiss'in araştırmasında ise hastaların %25'nin radyoterapi aldığı, %32'sinin kemoterapi aldığı saptanmıştır (72). Bulgularımız literatüre paralellik göstermektedir.

Literatürde bir kadın için meme kanseri tanısı almanın yıkıcı bir olay olduğu ve fiziksel problemlerin yanı sıra psikolojik, sosyal, mesleki ve varoluşsal yönden çeşitli sorunlara neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca meme kanserinde bu sürece, meme cerrahisi sonrasında kadınların bedenlerine güvenlerini kaybetmeleriyle sonuçlanan bedensel ve cinsel sorunlar da eklenmektedir. Meme kanserinin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutlu olmaktadır. Mastektomili kadınlar kemoterapi, radyoterapi, hormonal ve cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşamaktadırlar. Bunun yanı sıra büyük bir ameliyatın yaratabileceği anksiyete, kişiler arası ilişkilerde bozulma, beden algısında bozulma, erken menopoz, doğurganlığın kaybı, cinsel eş ile iletişimde bozulma, reddedilme ya da terk edilme korkusu, iş ve kariyerini kaybetme korkusu, tedavinin fiziksel ve maddi etkileri, kanserin tekrarlayacağı korkusu ve ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar da görülmektedir (21, 50, 78). Çalışmamızda mastektomili hastaların yaklaşık yarısının duygusal sorun yaşadıklarını ve yarısından fazlası da hastalığın tekrarlamasına bağlı korku yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

4.2. MASTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN TARTIŞILMASI

Mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde

zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikosozal sorunlara neden olmaktadır (12, 35). Uçar'ın "Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumunu Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışmasında ise mastektomili hastaların Vücut Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 118.01 ± 9.64 olarak bulunmuştur (67). Bruno ve Fabrice (2008) mastektomili hastalara verilen güzellik tedavisinin etkisinin incelendiği Schweitzer tarafından geliştirilen Vücut Algısı Anket formu kullanmışlardır. Bu anket formunda 19-95 arası puanlama yapılmaktadır. 19 düşük beden algısı, 95 yüksek beden algısı anlamına gelmektedir. Bruno ve Fabrice çalışmasında kontrol grubundaki mastektomili hastaların beden algılarını 69.6 ± 13.1 olarak orta düzeyde bulmuşlardır (13). Shover ve arkadaşlarının (1994) "Parsiyel Mastektomi ve Meme Rekonstrüksiyonu" konulu çalışmasında mastektomili hastaların beden algıları yüksek bulunmuştur (60). Kılıç ve arkadaşlarının (2007) "Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumunu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi" konulu araştırmasında hastaların Vücut Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasını 86.10 ± 16.57 olarak bulmuşlardır (44). Üstündağ ve arkadaşlarının (2007) "Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı" konulu çalışmalarında hastaların vücut algısı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 147.5 ± 22 olarak bulunmuştur (70). Çalışmamızda mastektomili hastaların Vücut Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 152.22 ± 7.85 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre çalışma kapsamına alınan hastaların beden algısının yüksek olduğu söylenebilir.

Uçar'ın "Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumunu Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışmasında hastaların yaşı ve eğitim durumunun beden algısını etkilediği saptanmıştır. Buna karşın bu çalışmada mastektomili hastaların yaşlarının ($p=,649$), eğitimlerinin ($p=,411$),

mesleklerinin ($p=,205$), beden kitle indekslerinin ($p=,168$), meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumların ($p=,610$), menopoz durumlarının hastaların vücut algısını etkilemediği saptanmıştır ($p=,098$).

Literatürde beden algısında yaşın önemli bir etken olup, meme kaybının yaş gruplarını sıklıkla etkilediği, özellikle genç yaşta mastektomi olmuş kadınların beden imajı ile ilgili daha fazla sorun yaşadıkları ve bu sorunların giderilmesi yönündeki girişimlere daha fazla gereksinim duydukları belirtilmektedir (2, 35, 67). Wenzel ve arkadaşlarının (1999) 50 yaş altı ve 50 yaş üstü 304 meme kanserli hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında ise yaşın beden algısını etkilemediği bulunmuş (73), Engel ve arkadaşlarının (2004) 990 mastektomili hastalarda yaptıkları çalışmada da yaşın beden algısını etkilemediği bulunmuştur (30). Bulgularımız Wenzel ve Engel'in bulguları ile paralellik göstermektedir. Buna karşın hastaların tanıtıcı özellikleri ile beden imajı arasındaki ilişkinin anlamlı bulunamaması örneklem sayısının az olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada eğitim durumunun beden algısını etkileme durumu da incelenmiş, eğitim durumunun beden algısını etkilemediği bulunmuştur ($p=,411$). Sertöz ve arkadaşlarının, mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada da eğitimin beden algısını etkilemediği saptanmıştır (61). Bulgularımız Sertöz' ün sonuçlarına benzerdir.

Bu çalışmada mastektomili hastaların ameliyat tipinin($p=,981$), ameliyatın üzerinden geçen sürenin ($p=,350$) , kemoterapi ($p=,423$), radyoterapi ($p=,383$), hormon tedavisi alma durumunun ($p=,330$) hastaların vücut algısını etkilemediği saptanmıştır. Al-Ghazal ve arkadaşlarının ve Engel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ameliyattan bu yana geçen süre ile beden algısı arasında bir ilişki bulunmamıştır (2, 30). Bu çalışma sonucu literatüre paralellik göstermektedir.

Meme kanserli hastalarda cerrahi tipinin vücut algısı üzerine olan etkisini değerlendiren 12 çalışmanın 10'unda cerrahi tipinin hastaların beden algısı üzerine etkisi olduğu saptanmıştır (78). Bu çalışma sonucunda ise ameliyat tipinin beden algısını etkilemediği ($p=,981$) saptanmıştır. Bu bulgu örneklem sayısının az olması ile açıklanabilir.

4.3. MASTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN TARTIŞILMASI

Mastektomi sonrası beden algısının bozulmasına bağlı olarak hastaların eşi ile içten ilişki kuramadıkları ve kendini yetersiz hissettikleri belirtilmektedir (67). Bununla birlikte bu araştırmada hastaların çiftler uyum ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 122.43 ± 20.48 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre mastektomili hastaların eş uyumlarının yüksek olduğu söylenebilir. Uçar'ın (2008) "Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışmasında ise mastektomili hastaların çiftler uyum ölçeğinden 85.51 ± 14.00 puan aldıkları saptanmıştır (67). Avcı ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları "Mastektomi Sonrası Kadınların Eş Uyumu ve Yalnızlık Düzeyleri" konulu araştırmalarında kadınların çiftler uyum ölçeğinden aldıkları puanın 103.63 ± 21.98 olduğu saptanmıştır (7). Öncü'nün "Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanserli Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasında hastaların ameliyat sonrası eş uyumu puan ortalamaları 108.7 ± 13.9 olarak bulunmuştur (50). Sertöz' ün (2002) "Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri" tez çalışmasında hastaların Çiftler uyum ölçeğinden 109.32 ± 18.07 puan aldıkları belirlenmiştir (61).

Çalışmamızda 54-65 yaş grubu kadınların eş uyumlarının (ortalama: 123.15±21.19) diğer hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Wenzel arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 50 yaş ve üstü mastektomili hastaların eş uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur (73). Bulgularımız literatüre paralellik göstermektedir. Buna karşın hastaların eğitim durumunun eş uyumunu etkilemediği saptanmıştır (p=,594)

Avisa ve arkadaşlarının (2004) 50 yaş altı ve üstü 204 meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmaya göre de eğitim düzeyinin eş uyumunu etkilemediği saptanmıştır (8). Çalışma sonucumuzda eğitim durumunun eş uyumunu etkilemediği saptanmıştır (p=,594). Bulgumuz Avisa ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucuna benzemektedir.

Mastektomili kadınların mesleğine göre eş uyumu incelendiğinde kadınların mesleğinin eş uyumlarını etkilemediği bulunmuştur (p=,438) Bulgularımız Avisa ve arkadaşlarının sonucuna benzerdir (8).

Bu araştırmada beden kitle indeksinin (p=,760), meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumunun (p=,160), menopozun (p=,758), kanser evresinin (p=,484), hastalara uygulanan ameliyat tipinin (p=,118), ameliyattan sonra geçen sürenin (p=,127),kemoterapi (p=,957), radyoterapi (p=,307), hormon tedavisi alma durumu (p=,735), ameliyattan sonra duygusal sorun yaşamanın (p=,098), tekrar kanser olma korkusu (p=,706), ve memenin alınmasına bağlı yaşanan korkunun (p=,886) mastektomili hastaların eş uyumlarını etkilemediği bulunmuştur.

Al-Ghazal ve arkadaşları (2) yaptıkları çalışmada mastektomi ameliyatının beden algısını, benlik saygısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır. Nano ve arkadaşlarının (47) çalışmasında da mastektominin beden algısını olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir. Engel ve arkadaşları (30)

2004'de yaptıkları araştırmada mastektomi uygulanan kadınların beden algısının düşük olduğunu bulmuşlardır. Buna karşın Poulsen ve arkadaşlarının (58) farklı ameliyat tiplerinin beden algısına ve eş uyumuna etkisini incelemişler, anlamlı fark bulmamışlardır. Bulgularımız literatüre paralellik göstermektedir.

Kanser cerrahisi sonrası vücudun önemli bir kısmının alınması nedeniyle kadının fiziksel görünümünün değişmesi ve bozulması beden algısını değiştirmekte ve bu değişiklik benlik saygısına tehdit olarak algılanabilmekte, dolayısıyla da bu durum sıklıkla cinsel sorunlarla beraber eş uyumu üzerinde de çeşitli sorunlara yol açabilmektedir (22, 35, 67). Bu çalışmada mastektomili hastaların beden algısı ile eş uyumu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,029$). Sertöz'ün (2002) "Meme Kanseri Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma" konulu tezinde beden algısı ile eş uyumu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (61). Uçar'ın (2008)"Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasında da beden algısı ile eş uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (67). Bu çalışma sonucu Sertöz ve Uçar'ın sonucuna benzemektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların beden algısı ve eş uyumunun incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda şu bulgular elde edilmiştir;

Mastektomi ameliyatı olmuş hastaların beden algısı yüksek (152.22 ± 7.85) bulunmuştur. Bununla birlikte mastektomili hastaların yaş grubu ($p=,649$), eğitim durumu ($p=,411$), mesleği ($p=,205$), beden kitle indeksi ($p=,168$), meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumu ($p=,610$), menopoz durumu ($p=,098$), yapılan ameliyat tipi ($p=,981$), ameliyatın üzerinden geçen süre ($p=,350$), kemoterapi ($p=,423$), radyoterapi ($p=,383$), hormon tedavisi alma durumu ($p=,330$), tekrar kanseri yaşama korkusu ($p=,145$), mastektomiye bağlı korku yaşama durumu ($p=,988$) ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşın kanser evresinin ($p=,001$) ve duygusal sorun yaşamının ($p=,003$) mastektomili hastaların beden algılarını etkilediği bulunmuştur.

Bu çalışmada mastektomi ameliyatı geçiren hastaların eş uyumlarının yüksek olduğu (122.43 ± 20.48) bulunmuştur. Hastaların yaş grubu ($p=,678$), eğitim durumu ($p=,594$), meslek ($p=,438$), eşin yaş grubu ($p=,617$) ve eşin mesleği ($p=,959$), beden kitle indeksi ($p=,760$), meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme ($p=,160$) ve menopoz ($p=,758$) ile mastektomili hastaların eş uyumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Benzer olarak mastektomili hastaların kanser evresi ($p=,484$), hastaya yapılan ameliyatın tipi ($p=,696$), ameliyatın üzerinden geçen süre ($p=,127$), kemoterapi ($p=,957$), radyoterapi ($p=,307$), hormon tedavisi alma durumu ($p=,735$), duygusal sorun yaşama durumu ($p=,098$), tekrar kanser olma korkusu

($p=,706$) ve mastektomiye bağlı korku yaşama durumu ($p=,886$) ile eş uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların vücut algısı ölçeğinden aldıkları puan ile çiftler uyumu ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,029$).

5.2. ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda;

- Mastektomi uygulanmış meme kanserli kadınların beden algısı, eş uyumu durumlarının farklı sürelerde değerlendirilmesi ve özellikle yetersiz bulunan alanlara yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Aynı çalışmanın daha geniş hasta grupları üzerinde yapılması önerilebilir.

BÖLÜM VI

6.1. ÖZET

MASTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN BEDEN ALGILARI VE EŞ UYUMLARININ İNCELENMESİ

Kanser cerrahisi sonucu vücudun önemli bir kısmının alınması nedeniyle kadının fiziksel görünümünün değişmesi ve bozulması beden algısını değiştirmekte dolayısıyla da bu durum cinsel sorunlarla birlikte eş uyumunda sorunlara neden olabilmektedir. Bu çalışma mastektomi ameliyatı geçirmiş hastaların beden algılarının ve eş uyumlarının incelenmesi amacıyla, hasta tanıtım formu, Vücut Algısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeği kullanılarak yapılmış kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın örnekleme, 1 Aralık 2008-30 Haziran 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda en az 1 yıl en çok 5 yıl önce mastektomi olmuş, meme polikliniğine kontrole gelen, 18-65 yaş arasında, okur -yazar, diğer kanserlerden dolayı tedavi öyküsü olmayan, gerçeği değerlendirme yetisi olan, kanser evresi 0, I, II, III, çalışmaya katılmaya gönüllü ve olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilmiş 101 kadın hasta dahil edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların vücut algısı ölçeğinden aldıkları puan 152.22 ± 7.85 olarak bulunmuştur. Mastektomili hastaların yaşlarının, eğitimlerinin, mesleklerinin, vücut kitle indekslerinin, meme kanseri öncesi pelvik ameliyat geçirme durumlarının, menopoz durumlarının, hastalıkları ve tedavi çeşitlerine göre hastaların vücut algısını etkilemediği saptanmıştır ($p > 0.05$). Mastektomili hastaların çiftler uyum ölçeğinden aldıkları puan ise 122.43 ± 20.48 olarak bulunmuştur. Mastektomili hastaların beden algısı puanı ile eş uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu araştırma sonucunda mastektomili hastaların beden algısı ve eş uyumu

yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların vücut algısı ve çiftler uyum ölçeğinden aldıkları ölçek puanları literatüre göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın daha fazla sayıdaki örneklem grubunda tekrar edilmesi önerilmektedir.

6.2. ABSTRACT

THE STUDY OF BODY IMAGE AND MARITAL ADJUSTMENT OF THE PATIENTS HAVING MASTECTOMY SURGERY

As a result of cancer surgery, the change and deterioration in the body of women due to the removal of many parts of the body changes body image, and therefore this may lead to problems in dyatic adjustment together with sexual problems between the couples. The sectional and descriptive study was carried out to examine the body image and marital adjustment of the patients having mastectomy surgery by using patient introduction form, body cathexis scale and dyatic adjustment scale. The sampling of the study has involved 101 female patients who had mastectomy at least 1 and at most 5 years ago at General Surgery Department of Ege University Medical Faculty Hospital between December 1st and June 30th. The age of these patients varied from 18 to 65 who were literate and had the ability to evaluate the facts and had no treatment history due to other cancers. They came to polyclinic for breast examination, and their cancer stages were 0, I, II, III. They participated in the study voluntarily and were selected through randomly method of sampling.

In this study, it was found that the score of the patients Body Cathexis Scale was 152.22 ± 7.85 . It was determined that the age, education, profession, body mass index, pelvic surgery before breast cancer, menamenopausal condition, diseases and treatments of the patients having mastectomy did not affect the body cathexis of them ($p > 0.05$). It was found that the score of these patients Dyatic Adjustment Scale was 122.43 ± 20.48 . Statistically significant relation was found between the scores of body cathexis and dyatic adjustment ($p < 0.05$). As a result of this study, it was found that the body image and marital adjustment of the patients having mastectomy was

high. Moreover, it was determined that the scores of the scale which the patients obtained from both body cathexis and dyatic adjustment was higher when compared to literature. It is suggested that similar studies should be repeated with larger sampling group.

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1) Akın S.(2007). Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Etkiliklerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Danışman: Gülbeyaz Can, İstanbul
- 2) Al-Ghazal, S.K., Fallowfield, L., Blamey, R.W. (2000). Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction. *Eur J Cancer*, 36:1938-1943
- 3) Arıkan N.R.(2001). Travmatik Bir Yaşantı Meme Kanseri ve Mastektomi, *Kriz Dergisi*, 9: 39-46
- 4) Aslan D.(2004). Beden Algısı İle İlgili Sorunların Yaratabileceği Beslenme Sorunları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(9), 326-3 29
- 5) Aslan E.F., Gürkan A.(2007). Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2): 63 -68
- 6) Atılğan H.(1999). Meme Kanselerinde Modifiye Radikal Mastektomi ve Eş Zamanlı Meme Rekonstrüksiyonu, T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara
- 7) Avcı A.İ., Okanlı A., Karabulut E., Bilgili N. (2009). Women's Marital Adjustment and Hopelessness Levels After Mastectomy, *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4): 299-303
- 8) Avisá, N., Crawfordb, S., Manuela, J. (2004). Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer, *Psycho-Oncology*, 13: 295 –308
- 9) Aygın D., Aslan E.F. (2008). Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlev

- Bozukluklarının İncelenmesi, Meme Sağlığı Dergisi, 4 (2): 105-114
- 10) Bilgin G., Öztürk G., Şirin S. (2008). Kanser Tanısı Konan Hastalarda Kötü Haber Verme: Hekime Düşen Görev, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 71: 22-26
- 11) Breast cancer and mastectomy erişim tarihi: 31.8.2009
<http://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/index.jsp>
- 12) Bredin M. (1999). Mastectomy, body image and threapeutic massage: A qualitative study of women's experience. Journal of Advanced Nursing, 29(5):113-120
- 13) Bruno Q., Fabrice L. (2008). Assessing The Effect of Beauty Treatments on Psychological Distress, Body İmage and Coping: A Longitudinal Study of Patients Undergoing Surgical Procedures for Breast Cancer, Psycho-Oncology, 17: 1032-1038
- 14) Bulak H.(1999). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 19, 352-357
- 15) Bulut S. (2006). Histerektomi Olan Kadınlarda Eşler Arası Uyumun İncelenmesi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- 16) Can G., Durna Z., Aydın A., Saip P., Kadioğlu A. (2005). Sistemik Tedavi Alan Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi, Androloji Bülteni, 22: 268-271
- 17) Canbulat N. (2006). Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Özge Uzun, Erzurum
- 18) Cappiello M., Cunningham S.R., Knobf T.M., Erdos D. (2007). Breast Cancer

Survivors Information and Support After Treatment, Clinical Nursing Research, 4 (16): 279-294

- 19) Çalıkapan M.(2004). Meme Kanserinde Prognostik Faktörlerin Hastanemiz Olgu Serisindeki Sağkalıma Etkisi, T.C.Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 20) Çam. O, Gümüş B.A. (2006). Meme Kanserli Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri, C.Ü. Hemşirelik Y.O.Dergisi, 10(3)
- 21) Çam O., Saka Ş., Gümüş B.A. (2009). Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Meme Sağlığı Dergisi, 2 (5): 73-81
- 22) Çavdar İ. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar, Meme Sağlığı Dergisi, 2 (3): 64 -66
- 23) Çitgez B. (2008). Meme Lezyonu Eksizyon Sistemi ile Doku Örnekleme, T.C.Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 24) Çolak T., Alimoğlu E., Mesci A., Peştereli E., Kabaalioğlu A., Karaveli Ş., Akaydın M., Meme Kanserli Kadınlarda Cerrahi Yöntemin Seçimini Etkileyen Faktörler, Meme Sağlığı Dergisi, Sayı 1, Cilt 4, 2008 (29-33)
- 25) De Marquiegui A., Huish M. (1999). A Woman's Sexual Life After An Operation, BMJ, 318, 178-181
- 26) Demiralp M. (2006). Gevşeme Eğitiminin, Adjuvan Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri, Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi, T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezi, Danışman: Fahriye Oflaz, Ankara

- 27) Detailed Guide: Breast Cancer How Is Breast Cancer Staged? Erişim Tarihi 20.10.2009
http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_How_is_breast_cancer_staged_5.asp
- 28) Dinçol D. (2008). Meme kanseri Sayı Editöründen Erişim Tarihi 13.09.09
<http://tibbonkolojiozel.turkiyeklinikleri.com>
- 29) Dorval M., Guay S., Mondor M., Masse B., Falardeau F., Robidoux A., Deschenes L., Maunsell E. (2005). Couples Who Get Closer After Breast Cancer: Frequency and Predictors in a Prospective Investigation, *Journal of Clinical Oncology*, 23 (15): 3588-3596
- 30) Engel, J., Kerr, J. (2004). Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The Breast Journal*, 10(3): 223-231
- 31) Ergin Ü.(1995). Meme Kanseri Hastalarının Kemoterapötik Ajanları Tolere Edebilmelerinde Eğitimin Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Nevin Kanan, İstanbul
- 32) Garip M. (2008). Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Danışman: Mahmut Gümüş, İstanbul
- 33) Geiger M.A., Carmen N.W., Nekhlyudov L., Herrinton J.L., Liu A.L., Altschuler A., Rolnick J.S., Haris L.E., Grene M.S., Elmore G.J., Emmons K.M., Fletcher W.S. (2005). Contentment With Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy, *Journal of Clinical*

Oncology , 9 (24):1350-1356

- 34) Gülay H., Hacıyanlı M.. (2005). Meme Hastalıkları, Temel ve Sistemik Cerrahi, 931-976, İzmir Güven Kitabevi
- 35) Gümüş, A.B. (2006). Meme Kanseri ve Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, 2 (3): 108-113
- 36) Güner. C. İ. (2008). Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği, Gaziantep Tıp Dergisi, 46-49.
- 37) Haydaroglu A., Dubova S., Özşaran Z., Bölükbaşı Y., Yılmaz R., Kapkaç M., Özdedeli E. (2005). Ege Üniversitesinde Meme Kanseri:3897 Olgunun Değerlendirilmesi, Meme Sağlığı Dergisi, 1 (1): 6-11
- 38) Haydaroglu A. (2006). I. Ulusal Meme Hastalıkları Konsensus Kongre Kitabı
- 39) Henson HK(2002). Meme Kanseri ve Cinsellik. Sexuality and Disability, 20(4),261 265 Çeviri:D.Aydın Androloji Bülteni 2004, 19,366-368
- 40) Hocoğlu Ç., Kandemir G., Civil F. (2007). Meme Kanseri ve Aile İlişkilerine Etkileri, Meme Sağlığı Dergisi, 3 (3): 163-165
- 41) Karamanoğlu Y.A., Özer G.F. (2008). Mastektomili Hastalarda Evde Bakım, Meme Sağlığı Dergisi, 1(4): 3-8
- 42) Karanlık H., Özmen V., Asoğlu A., İçci A., Keçer M.(2006). Meme kanseri Cerrahi Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları, Meme Sağlığı Dergisi 2(2): 89-95
- 43) Karayurt Ö. Meme Kanseri erişim Tarihi: 5.8.2009
http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kanseri.pdf
- 44) Kılıç E., Taycan O., Belli K.A., Özmen M. (2007). Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 18(4) : 302 -310
- 45) Koçyiğit O. (2007). Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme

- Muayenesi ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma, T.C.Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kordinatorlüğü Aile Hekimliği Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Danışman: Mehmet Ali Akkuş, Ankara
- 46) Mete E.B., Özen Ö.(2001) Kanserli Hastalarda Depresyon, Duygu Durum Dizisi, 4, 184-192
- 47) Nano, M.T., Gill, P.G., Kollias, J., Bochner, M.A., Malycha, P., Winefield, H.R. (2005). Psychological Impact and Cosmetic Outcome of Surgical Breast Cancer Strategies. *J Surg*, 75, 2005: 940-947
- 48) Okanlı A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri, İnsan Bilimleri Dergisi 1(1): 1-6
- 49) Okanlı A., Ekinci M. (2008).Meme Kanserli Hasta ve Eşlerinin Yaşam Doyumları Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması, Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi, 46 (1): 9-14
- 50) Öncü K.H. (2008).Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanserli Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu İle Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışman: İlknur Aydın Avcı, Samsun
- 51) Özberksoy A. (2006). Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi önemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Türkan Özbayır, İzmir 59
- 52) Özkan S. (2007). Kanser Hastalarında Psikiyatrik ve Psikososyal Tedavi,

Psikoonkoloji: 153-169, İstanbul

- 53) Özkan S., Alçalar N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5 (2):60-64
- 54) Özmen V.(2006). Dünya’da ve Türkiye’de Meme Kanseri Tarama ve Kayıt Programları, *Meme Sağlığı Dergisi* 2 (2): 55-58
- 55) Özmen V. (2009). Meme Hastalıklarının Cerrahi Tedavi Kalitesi Nasıl Yükseltilebilir, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5 (3):119-121
- 56) Özmete S. (2007):Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanserli Hastaların Erken Dönem Sonuçları, T.C.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana
- 57) Öztekin D. (2006). Meme Kanseri Tanı ve Tedavi Sürecinde Karşılaşılan Sorunlarla Mücadele Yolları, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2 (2):67-70
- 58) Poulsen, B., Graversent, H.P., Beckmann, J., Blichert-Toft, M. (1997). A Comparative Study of Post-Operative Psychosocial Function in Women With Primary Operable Breast Cancer Randomized to Breast Conservation Therapy or Mastectomy. *European Journal Of Surgical Oncology*, 23: 327-334
- 59) Sayman B.H. (2009). Meme Kanseri Tanısında Pozitron Emisyon Tomografisi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5 (2):69-72
- 60) Schover R.L., Yetman J.R., Tuason J.L., Meisler E., Esselstyn B.C., Herman E.R., Broniatowski G.S., Dowden V.R. (1994). Partial Mastectomy and Breast Reconstruction, *Cancer*, 75: 54-64
- 61) Sertöz Ö.Ö.(2002). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Danışman: Hayriye Elbi Mete, İzmir

- 62) Stage Information For Breast Cancer Erişim Tarihi: 20.10.2009
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/HealthProfessional/page4>
- 63) Şanlı T. (1991). Hemşirelikte kişiler Arası İlişkileri Etkileyen Temel Kavramlar, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:497: 49-66
- 64) Şendil G. (1991). Mastektomi Geçirmiş Kadınların Evlilik İlişkisinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Arsaluş Kayır, İstanbul
- 65) Şener Ş., Günel N., Akçalı Z., Şenol ., Koçkar İ.A. (1999). Meme Kanserinin Ruhsal ve Sosyal Etkileri Üzerine Bir Çalışma, Klinik Psikiyatri, 2:254-260
- 66) T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri Erişim tarihi: 1.8.2009
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster>.
- 67) Uçar T.(2008).Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Özge Uzun, Malatya
- 68) Uras. C. (2006). Erken Evre Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyum Dizisi 54: 93-97
- 69) Ünal M.(1988). Genel Cerrahi 1, Nobel Tıp Kitabevi, 406-415
- 70) Üstündağ H., Demir C., Zengin N., Gül . (2007). Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 27 (4):522-527
- 71) Vahabi, M. (2003). Breast Cancer Screening Methods: A Review of the Evidence Health Care for Women International, 24: 773-793
- 72) Weiss T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors, Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 23 (5): 733-746

- 73) Wenzel, L.B., Fairclough, D.L., Brady, J.M., Cella, D., Garrett, M.K., Kluhsman, C.B., Crane, L.A., Marcus, A.C. (1999). Age-Related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Amerikan Cancer Society*, 86(9):1768-1774
- 74) Wilmoth M. (2001). The Aftermath of Breast Cancer: An Altered Sexual Self, *Cancer Nursing*, 24:278-286
- 75) Wrońska I., Stepień R., Dobrowolska B. (2007). Satisfaction of Women After Mastectomy for Nursing care, *Advances in Medical Sciences*, 52: 34-36
- 76) Yavuz M., İlçe Ö.A., Kaymakçı Ş., Bildik G., Dramalı A. (2007). Meme Kanserli Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanma Durumlarının İncelenmesi, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 27: 680-686
- 77) Yeni E., Ünal D., Verit A., Coşkun A., Karataş Ö.F., Ünal E.K. (2003). Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlar Sorgulanmalı Mı?, *Türk Üroloji Dergisi*, 29:175-179
- 78) Zanaşlıoğlu Y. (2007). Meme Cerrahisi Sonrası Adjuvan Tedavi Almış Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Analizi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Danışman: Ercüment Tarcan, İzmir

EK I. HASTA TANITIM FORMU

MASTEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN BEDEN ALGILARI VE EŞ UYUMLARININ İNCELENMESİ VERİ TOPLAMA FORMU

Denek No:

1-) Hastanın yaşı:.....

2-) Hastanın yaş grubu

I) 18- 29 II) 30-41 III) 42- 53 IV) 54 -65

3-) Hastanın eşinin yaşı:.....

4-) Hastanın eşinin yaş grubu:

I) 18- 29 II)30-41 III) 42- 53 IV) 54 -65

5-) Hastanın Eğitim durumu

I) İlköğretim mezunu II) Lise mezunu III) Yüksek Öğretim

6-) Eşinin eğitim durumu

I) İlköğretim mezunu II) Lise mezunu III) Yüksek Öğretim

7-) Hastanın Mesleği

I) Ev hanımı II) Memur III) Serbest meslek IV) Diğer

8-) Eşinin mesleği

I) Memur II)Serbest meslek III) İşsiz IV) Diğer

9-) Hastanın boyu:..... Kilosu:.....

10-) Meme kanseri öncesi pelvik ameliyat (karın ve pelvik travmalar, rahimin alınması, yumurtalıkların alınması vb) geçirme durumu

I) Evet II) Hayır

11-) Menopoz durumunuz nedir?

I) Premenopoz II) Perimenopoz III) Postmenopozal IV) Cerrahi menopoz

12-) Kanserin evresi

I)Evre 0 II) Evre I III) Evre II IV) Evre III

13-) Ameliyat tipiniz nedir?

I) Total Mastektomi II) Meme Koruyucu Cerrahi III) Mastektomi ve Rekonstrüksiyon IV) diğer:.....

14-) Ameliyatınızın üstünden ne kadar süre geçti?

I)1- 2 yıl II) 2-3 yıl III) 3-4 yıl IV) 4-5 yıl

15-) Kemoterapi alıyor musunuz?

I) Evet II) Hayır

16-) Radyoterapi alıyor musunuz?

I)Evet II)- Hayır

17-) Hormon tedavisi (Tamoksifen) kullanıyor musunuz?

I) Evet II) Hayır

18-) Hormon tedavisi kullanım süreniz nedir?

I)1 yıldan az II) 1- 3 yıl III) 3- 5 yıl

19-) Memeniz alındığı için yaşadığınız duygusal sorun var mı?

I) Evet..... II) Hayır

20-) Tekrar kanser olacağınız korkusunu yaşıyor musunuz?

I) Evet II) Hayır

21-) Memenizin alınmasına bağlı yaşadığınız en önemli korku nedir?

EK II. VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMU

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

EK III. ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıklar vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşmama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlarız	Hemen hemen her zaman anlarız	Nadiren anlaşılamayız	Sıkça anlaşılamayız	Hemen hemen her zaman anlaşılamayız	Her zaman anlaşılamayız
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresinde						
2. Eğlenceyle ilgili konularda						
3. Dini konularda						
4. Muhabbet-sevgi gösterme						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel yaşam						
7. Geleneksellik (doğru veya uygun davranış)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Anne, baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı						
12. Temel kararların alınması						
13. Ev ile ilgili görevler						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları						
15. Mesleki kararlar						

	Her zaman	Hemen hemen Her zaman	Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
16. Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür ya da tartışırsınız?						
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz?						
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz						
19. Eşinize güvenir misiniz?						
20. Evlendiğiniz için hiç pişmanlık duyar mısınız?						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?						

	Her gün	Hemen hemen her gün	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
23. Eşinizi öper misiniz?					

	Hepsine	Çoğuna	Bazılarına	Çok azına	Hiçbirine
24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerin ne kadarına birlikte katılırsınız?					

	Hiçbir Zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki kere	Günde bir defa	Her zaman
25. Teşvik edici fikir alışverişlerinde bulunmak						
26. Birlikte gülmek						
27. Bir şeyi sakince tartışmak						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak						

Eşlerin bazı zaman anlaşmaları, bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yaratıyorsa belirtiniz (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
29. Seks için çok yorgun olmak		
30. Sevgi göstermemek		

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki “mutlu” birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

Aşırı mutsuz Oldukça mutsuz Az mutsuz Mutlu Oldukça mutlu Aşırı mutlu Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yoktur.
- İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceğim hepsini yapacağım.
- İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
- İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.
- İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
- İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürütmesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

EK IV. SAYIN FIŞILOĞLU'NUN İZİNİ

Kimden: [hurol fisiloglu \(fisil@metu.edu.tr\)](mailto:hurol.fisiloglu@metu.edu.tr)
 Bu göndereni tanıımıyor olabilirsiniz. [Güvenli olarak işaretle](#) | [Gereksiz olarak işaretle](#)
Gönderme tarihi: 02 Nisan 2008 Çarşamba 08:11:54
Kime: ilknurcaliskan.1@hotmail.com
Karakter kümesi:  [Daha fazla bilgi](#)
 1 ek
[DAS kulla...doc](#) (17,3 KB)



Sayın Çalışkan,

Mesajınıza teşekkür ederim. Etik olarak çok uygun bir davranış gösterdiğiniz kutlarım.

Ölçekle ilgili standart olarak gönderdiğim mesaj ekli dosyada. Lütfen oradaki bilgiye göre bana yazın, size dönerim.

İyi çalışmalar dilerim

Prof. Dr. Hürol Fisiloglu

ODTÜ/Middle East Technical University

Psikoloji Böl./Department of Psychology

06531 Ankara

Türkiye/Turkey

Tel./Phone: +90 312 210 51 15

Fax: +90 312 210 79 75

EK V. SAYIN HOVARDOĞLU'NUN İZNİ

Re:

Kimden:  **selim hovardaoglu** (shovardaoglu@yahoo.com)

Gönderme tarihi: 19 Eylül 2008 Cuma 07:34:56

Kime: ilknurcaliskan.1@hotmail.com

 1 ek

[VÜCUT ALG...doc](#) (42,8 KB)



merhaba, ölçęđi ekli dosyadan alarak kullanabilirsiniz, başarılar dilerim saygılarımla

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu
Ankara Üniversitesi
Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi
Psikoloji Bölümü

**EK VI. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA HASTANESİ ETİK KURUL İZİNİ**

06.1096

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI:B.30.2EGE.0.1.H.00.04/H-1533-11773 -

19.9.2008

KONU:

**EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İLGİ:2261 sayılı ve 11.09.2008 tarihli yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden İlknur ÇALIŞKAN'ın "Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları, Cinsel İşlevleri ve Eş Uyumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasının 15 Eylül 2008-15 Temmuz 2009 tarihleri arasında Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Polikliniğinde yapması Başhekimliğimize uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. Mehmet KANTAR

Başhekim Yrd.

**EK VII. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU BİLİMSEL
ETİK KURULU**

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

SAYI:2008-93

Bornova/İZMİR

KONU: Araştırma hk.

03.09.2008

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yard.Doç.Dr.Fatma DEMİR KORKMAZ'ın sorumluluğunda Eylül 2008-Temmuz 2009 tarihleri arasında yapılması planlanan **“Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları, Cinsel İşlevleri ve Eş Uyumlarının İncelenmesi”** konulu araştırması 03.09.2008 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve **‘Araştırmanın Yürütülmesi Uygun’** bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr. Olcay ÇAM

Bilimsel Etik Kurulu Başkan



ÖZGEÇMİŞ

Yüksek hemşire İlknur ÇALIŞKAN 1980 yılında İzmir’de doğdu. 1998 yılında Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokul’unda öğrenimine başladı ve 2003 yılında mezun oldu. Ocak 2004’den itibaren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı’nda çalışmaya başladı. 2006 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans öğrenimine başladı.

Yüksek hemşire İlknur ÇALIŞKAN Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı’nda çalışmaya devam etmektedir.