



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİNDE MASTEKTOMİ SONRASI UYGULANAN
ERKEN VE GEÇ REKONSTRÜKSİYONUN HASTANIN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

SONAY BALTACI GÖKTAŞ
DOKTORA TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. DENİZ ŞELİMEN

İSTANBUL -2008

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)

Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıklar, Hemşireliği

Tez Sahibi : Songu Baltacı Göktaş

Tez Başlığı : Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç

Sınav Yeri : M.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu

Sınav Tarihi : 30.04.2008

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Deniz SEYMEN

Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Necattin Söğüt

Doç. Dr. M. Behrhan Göktaş

Prof. Dr. Fehriye Ak

Doç. Dr. R. Fecir Alpar

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 28/05/2008 tarih ve 2. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sevim ROLLAS

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora çalışmamın tüm aşamalarında bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik ederek büyük ilgi ve desteklerini esirgemeyen başta danışmanım M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN 'e

Çalışmamın her aşamasında sonsuz destek ve yardımlarını esirgemeyen, aynı zamanda tez izleme jürimde yer alarak büyük katkıları ile çalışmamı destekleyen M.Ü. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Bahadır GÜLLÜOĞLU'na,

Çalışmamın rekonstrüktif cerrahi bölümlerinde katkıları için M.Ü. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet BAYRAMIÇLI'ye,

Mesleki bilgi ve becerilerinden faydalandığım, aynı zamanda tez izleme jürimde yer alarak çalışmama destek sağlayan M.Ü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Şule Ecevit ALPAR'a

Tez ile ilgili araştırmalarımı yürüttüğüm süreçte bana yürekten inanan, çalışmamı destekleyen çalışma arkadaşlarıma ve dostlarıma,

Her zaman yanımda olan aileme, eşime ve sevgili kızıma,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET	1
SUMMARY.....	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
2.GENEL BİLGİLER	
2.1.MEME KANSERİ.....	8
2.1.1.Epidemiyoloji ve Etyolojisi.....	8
2.1.2.Evreleme.....	9
2.1.3.Tedavi.....	12
2.2.MEME REKONSTRÜKSİYONU.....	19
2.2.1.Erken Rekonstrüksiyon.....	21
2.2.2.Geç Rekonstrüksiyon.....	25
2.3.YAŞAM KALİTESİ.....	31
2.3.1.Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi.....	33
2.3.2.Rekonstrüktif Cerrahinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi...	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1.Araştırmanın Tipi.....	42
3.2.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	42
3.3.Verilerin Toplanması.....	43
3.4.Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
3.5.Araştırmanın Etik Yönü.....	51
3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	51
4.BULGULAR.....	52
5.TARTIŞMA.....	78
6.SONUÇLAR.....	104
7.EKLER.....	109
8.KAYNAKLAR.....	124
9.ÖZGEÇMİŞ.....	137

TABLolar DİZİNİ

TABLO- 4.1: Çalışmamızdaki Kişilerin Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

TABLO- 4.2: Olguların Yaş, Boy, Kilo ve Beden-kitle İndekslerinin Karşılaştırılması

TABLO-4.3: Çalışmamızdaki Kişilerin Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması

TABLO- 4.4: Olguların Sigara Kullanımlarının Karşılaştırılması

TABLO-4.5: Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin İlk Doğum ve Menarş Yaşlarının Karşılaştırılması

TABLO- 4.6: Araştırmaya Katılanların Hastalık ve Tedavi Özelliklerinin Dağılımı

TABLO- 4.7: Kişilerin Hastalık ve Tedavisine İlişkin Düşünceleri

TABLO- 4.8: Erken ve Geç Rekonstrüksiyon Yapılmış Kişilerde Cinsel Sorunların Karşılaştırılması

TABLO- 4.9: Olguların Cinsel Sorun Yaşama Nedenlerinin Karşılaştırılması

TABLO- 4.10: Çalışmamızdaki Kişilerin Rekonstrüksiyon Kararlarının Karşılaştırılması

TABLO- 4.11: Rekonstrüksiyon Sonrası Psikososyal Durumların Karşılaştırılması

TABLO- 4.12: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Kişilerin *SCL-90 Ruhsal Semptom Listesinin* Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

TABLO-4.13: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Kişilerin *SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği* Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

TABLO- 4.14: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu *Kişilerin EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği* Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRAFİKLER

GRAFİK 1: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Olguların Öğrenim Durumlarının Dağılımı.

GRAFİK 2: Olguların Ekonomik Durumlarının Dağılımı.

GRAFİK 3: Olguların Yaş, Boy, Kilo ve Beden-Kitle İndekslerinin Dağılımı

GRAFİK 4: Ailede Meme Kanseri Öyküsü Dağılımı

GRAFİK 5: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Olguların Primer Cerrahi Tiplerinin Dağılımı

GRAFİK 6: Olguların Kansere Evrelerinin Dağılımı

GRAFİK 7: Olgularda Gelişen Rekonstrüksiyon Sonrası Kol Ödeminin Dağılımı

GRAFİK 8: Olguların Hastalıklarını İlk Öğrendiklerindeki Hislerinin Dağılımı

GRAFİK 9: Olguların Gelecekteki Sağlığından Endişe Duyulmalarının Dağılımı

GRAFİK10: Olguların Vücutlarından Memnuniyetsizlik Duymalarının Dağılımı

GRAFİK 11: Olguların Cinsel Sorun Yaşama Dağılımları

RESİMLER

RESİM 1a. Mastektomi spesimeni

RESİM 2a. Deri koruyucu mastektomide ameliyat öncesi

RESİM 2b. Deri koruyucu mastektomide ameliyat öncesi işaretleme

RESİM 2c. Deri koruyucu mastektomi ve TRAM ile erken rekonstrüksiyondan 1 yıl sonra

RESİM 3a. Mastektomi öncesi

RESİM 3b. İmplant yerleştirilmesi

RESİM 3c. Şişirilebilir implant

RESİM 3d. İmplant ile erken rekonstrüksiyondan 1 yıl sonra

RESİM 4a. Modifiye radikal mastektomi

RESİM 4b. Latissimus dorsi ve implat ile geç rekonstrüksiyon

RESİM 4c. Rekonstrüksiyondan hemen sonra

RESİM 4d. Rekonstrüksiyondan 1 yıl sonra

RESİM 5a. TRAM ile erken rekonstrüksiyondan hemen sonra

RESİM 5b. Rekonstrüksiyondan 1 yıl sonra

ÖZET

Araştırma, meme kanserinde mastektomi sonrası uygulanan erken ve geç rekonstrüksiyonun hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla retrospektif olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evreni, Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde 2002-2006 yılları arasında primer cerrahi girişim ve rekonstrüksiyon yapılan hastalar arasından amaçlı örneklem yöntemi ile seçilen 28 kişi erken rekonstrüksiyon, 23 kişi geç rekonstrüksiyon olan toplam 51 kişiden oluşmuştur.

Verilerin toplanmasında, bireylerin demografik, hastalık ve tedavi özelliklerini değerlendirmede "*Hasta Bilgi Formu*"; psikopatolojik değerlendirmede "*SCL-R 90 Belirti Tarama Listesi*"; yaşam kalitesini değerlendirmede "*SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği*" ve kanserli bireylerde yaşam kalitesini değerlendirmede "*EORTC QLQ C 30*" kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS programı ile oran, aritmetik ortalama, standart sapma, ki kare, Fisher Kesin ki-kare, Mann-Whitney U ve student-t testi kullanılmıştır.

Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olguların demografik özelliklerin karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ve rekonstrüksiyon sonrası yaşam kalitesi üzerine etkilerinin olmadığı saptanmıştır. Adjuvan radyoterapi uygulanmasında ve aksiler diseksiyon yapılan modifiye radikal mastektomide geç rekonstrüksiyonun tercih sebebi olduğu belirlenmiştir. Geç rekonstrüksiyonda beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle ilgili sorunların daha fazla yaşandığı, *SCL-R 90* indeksi ile edilen depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının da geç rekonstrüksiyonda daha yüksek olduğu görülmüştür. *SF 36* yaşam kalitesi ölçeğinde fiziksel fonksiyon yetersizliği ve ağrının geç rekonstrüksiyonda daha fazla görüldüğü, *EORTC QLQ C 30* yaşam kalitesi ölçeğinde ise genel iyilik hali, fiziksel ve ruhsal fonksiyon puan ortalamalarının erken rekonstrüksiyonlu olgularda olumlu yönde yüksek olduğu saptanmıştır.

Bulgularımız mastektomi sonrası erken rekonstrüksiyonun kişide beden imajı, benlik saygısı, güven duygusu ve aile-sosyal ilişkiler açısından birçok yarar sağladığını, psikolojik, sosyal ve ruhsal yönden yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğunu, psikolojik olarak bu olumlu gelişmenin günlük yaşam aktivitelerine de yansıdığını ve bedensel yakınmaların daha az olduğunu göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, mastektomi, rekonstrüksiyon, yaşam kalitesi, beden imajı

THE IMPACT OF IMMEDIATE VERSUS DELAYED RECONSTRUCTION FOLLOWING MASTECTOMY ON QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER PATIENT

The current study was retrospectively designed to compare immediate versus delayed breast reconstruction regarding the quality of life of breast cancer patients who underwent mastectomy.

Fifty one patients who underwent reconstructive surgery after mastectomy in Marmara University Hospital between 2002 and 2006 constituted the sample of the study. Among them, 28 patients underwent immediate whereas 23 patients received delayed reconstruction.

“Patient Information Form” was used to collect data about demographic, clinical and treatment characteristics of patients. *“SCL-R 90 Symptom Screening List”* was used to assess psychopathologic variability of patients. *Short Form (SF) 36* and *EORTC QLQ C30* forms were used to quantify the patients’ quality of life.

Fisher’s exact, Mann Whitney U and student t tests were used to compare the groups where appropriate. SPSS statistical package was used to make all statistical analysis. All results were given as mean (SD) or median (range) where appropriate.

The demographic characteristics of patients who underwent delayed reconstruction were not different from the ones who underwent immediate reconstruction. No single characteristics was found to have significant impact on patients’ quality of life. Significantly more patients underwent delayed reconstruction after they receive axillary clearance and concomittant adjuvant radiotherapy. The patients who received delayed reconstruction experienced more problems related to body image, self respect and sexual activity when compared to the ones who underwent immediate reconstruction. According to *SCL-90 index*, the average scores for depression and anxiety were found to be increased in patients with delayed reconstruction. In *Short Form (SF) 36*, scores for physical function insufficiency and pain were found to be higher in patients with delayed reconstruction when compared to the scores of patients with immediate surgery. In *EORTC QLQ C30* forms, global

health, physical and spiritual function scores were found to be better in patients with immediate reconstruction.

Our results revealed that immediate reconstruction causes beneficial effects regarding body image, self respect, security perception and family-social relations. Furthermore, immediate reconstruction had a significant impact on quality of life regarding psychologic, social and spiritual variabilities. Hence these patients were found to experience less adverse physical events.

Key words: Breast cancer, mastectomy, reconstruction, quality of life, body image

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından biri olan kanser, dünyada ve ülkemizde kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alan ölüm nedenidir (1).

Meme kanseri kadınlarda görülen en sık kanser türüdür. A.B.D.'de 2003 yılında 211.300 kadına meme kanseri tanısı konmuş ve bu hastalığa bağlı 39.800 ölüm vakası bildirilmiştir. Meme kanseri ölüm nedenleri arasında, 35-44 yaş grubu kadınlarda birinci, 55-77 yaş grubu kadınlarda ise ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye’de meme kanseri görülme oranı %24.10 olup, kadın popülasyonunda görülen kanser türleri içinde ilk sıradadır (2,3,4).

Kadının varoluşu, çevresiyle iletişimi, üretkenliği ve cinselliği açısından beden imajı büyük önem taşır. Meme kanseri sonucu mastektomi uygulanan kadınlar kendilerini eksik, özürlü, cinsel yönden yetersiz ve yalnız olarak algılaması gibi psikolojik sorunlar yaşamakta, günlük yaşamları bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Mastektomi sonrası en sık karşılaşılan sorunlar, anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, korku ve sosyal izolasyondur (5).

Rekonstrüksiyon sözcüğü Latince “*reconstruction*” kelimesinden türetilmiştir. Yeniden oluşturma, onarım anlamına gelmektedir. Plastik ve rekonstrüktif cerrahinin amacı mevcut bozukluğa göre o bölgenin yeniden şekillendirilmesi ile bireye en iyi estetik görünümü ve fonksiyonu kazandırmaktır. Beden imajı ve benlik saygısının şekillenmesinde önemli olan vücut görünümünün düzeltilmesi insanın özgüven duygusunu da arttırmaktadır (1,6).

Bu bakımdan kanser nedeni ile memesinin tamamını kaybeden kadınlarda meme rekonstrüksiyonun yapılması yukarıda belirtilen psikolojik sorunların görülme sıklığını azaltabilmekte ve hastaların ruhsal durumlarını güçlendirebilmektedir. Böylelikle kadınların hastalıkla daha iyi mücadele etmeleri sağlandığı ve yaşam kalitesinin yükseldiği düşünülmektedir. Ancak burada akılda tutulması gereken en önemli konu yapılacak olan rekonstrüksiyonun onkolojik tedaviye olumsuz katkıda bulunmamasıdır (7).

Meme rekonstrüksiyonu zamanlama açısından iki türlü yapılabilmektedir: 1)Erken rekonstrüksiyon (mastektomi ile aynı seansta) veya 2) Geç rekonstrüksiyon (mastektomi ameliyatından en az 6 ay sonra ayrı bir seansta). Yapılan çok sayıda araştırma erken rekonstrüksiyonun güvenli bir yaklaşım olduğunu desteklemektedir. Erken rekonstrüksiyon hastanın ruhsal durumunu daha az etkilenmesinin yanında teknik olarak da daha iyi estetik sonuçlar vermektedir. Ancak erken rekonstrüksiyonun belirtilen olumlu yönlerine karşın, henüz meme kanseri tedavisinde standart bir yaklaşım haline gelmemiştir. Bu ameliyatın yapılma sıklığı hastanın yaşı, girişimin yapılacağı merkez ve onkolojik cerrahın meme onarımına bakış açısı ile doğrudan ilişkilidir (7,8,9).

Mastektomi sonrası uygulanan meme rekonstrüksiyonu, rekonstrüksiyon tekniklerindeki ilerlemeler ve yeniden meme yapımının olumlu psikolojik etkilerinin ortaya konması ile daha erkene çekilmeye başlanmasına karşın zamanlama (erken/geç) konusunda tam bir görüş birliği sağlanamamaktadır. Bu konudaki tartışmaların odak noktasını hastalarda gelişen yaşam kalitesi değişiklikleri oluşturmaktadır (10,11).

Yaşam kalitesi, bireylerin kültürel yapısı içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanır (12). Literatürde Türkiye’de meme kanserli hastalarda uygulanan mastektominin kişide fiziksel, sosyal, psikolojik rahatsızlıklar yarattığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (13). Ancak ülkemizde mastektomi sonrası rekonstrüksiyonun erken ya da geç dönemde uygulanmasının hastanın yaşam kalitesini nasıl etkilediği bilinmemektedir.

Bu çalışma; meme kanserli hastalarda mastektomi sonrası erken ve geç dönemde uygulanan rekonstrüksiyonun yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla retrospektif ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırmada olguların demografik, hastalık ve tedavi özelliklerini değerlendirmede "*Hasta Bilgi Formu*", genel sağlık sorgulaması için "*SF-36*", genel kanser hastalığı sorgulaması için

“EORTC QLQ C30” yaşam kalitesi ölçeği ve psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla da “SCL-R 90 Belirti Tarama Listesi” kullanılmıştır.

Araştırmanın planlanmasında aşağıda sıralanan hipotezler dikkate alınmıştır.

1. Erken rekonstrüksiyon yapılan hastaların yaşam kaliteleri, geç dönemde rekonstrüksiyon yapılan hastalara göre daha iyidir.
2. Rekonstrüksiyonun zamanı (erken/geç) hastaların yaşam kalitesini etkileyen bağımsız bir faktördür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. MEME KANSERİ

Günümüzde meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümördür. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %32'sini oluşturmaktadır (14).

Meme kanserli kadınların % 70 inde ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Kanser nedeniyle oluşan kitlelerin büyük bir kısmı (%45) üst-dış kadranda. Bunu %25 ile santral kadranda izler, üst-iç kadranda %15, alt-dış kadranda % 5'dir. Bu dağılım meme kadrانlarının içerdiği meme dokusu ile paralellik gösterir (15).

2.1.1. Epidemiyoloji ve Etyolojisi

Dünyada bu kanserin prevalansı göz önüne alındığında sıklığın İngiltere ve İskandinavya ülkelerinde A.B.D.'deki rakamlara yakın olduğu görülmektedir. Ancak Japonya gibi doğu ülkelerinde ve Afrika'da hastalığın prevalansı düşmektedir. Meme kanserinde görülen bu sıklık artışının aynı oranlarda mortaliteye yansımadağı görülmektedir. Hastalığa bağı mortaliteyi azaltmada etkili faktörler arasında riskli hastaların saptanması ve bu hastalara önleyici yöntemlerin uygulanması, son yıllarda tarama programlarının ülkelerin sağık politikalarında uygulamaya girmesi ile erken tanının sağılanması ve tedavi yöntemlerinin (özellikle *hormonoterapi*) etkinliğinin belirgin ölçüde artmış olması sayılabilir. Kansere erken tanı konması ve etkin tedavinin uygulanması sonucu meme kanseri sonrası kişilerin yaşam süresi uzamıştır. Böylece dikkatler meme kanserli kadınların tedavi sonrası yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve sürdürmeye yönelmiştir (16,17).

Meme kanserinin gelişmesinde; bireyden bireye farklılık gösteren pek çok risk faktörünün (*genetik, çevresel, hormonal, sosyo-biyolojik ve psikolojik etkenler gibi*) etkili olduğı kabul edilmekle birlikte Amerikan Kanser Derneğı'nin yaptığı bir araştırmada, meme kanseri olan kadınların %75'inin yüksek risk grubunda yer almadığı ve aslında tüm kadınların meme kanseri riski taşıdığı belirlenmiştir (18,19).

Meme kanserinin oluşumuna yol açan ya da oluşumunu hızlandıran birçok etken ileri sürülmektedir. Bu etkenlerle kanser arasındaki ilişki bazılarında belirgin biçimde ortaya konurken bazılarında hala süregelen tartışmalara neden olmaktadır. İleri yaş,

birinci derecede aile bireylerinde meme kanseri öyküsü varlığı, memede biopsi ile doğrulanmış atipik hiperplazi varlığı, meme kanserine yatkınlık geni olarak bilinen BRCA1 ve BRCA2 (*Breast Cancer Susceptibility Gene*) genlerinde mutasyon saptanmış olması, göğüs duvarına daha önceden iyonize radyasyon alınmış olması meme kanseri görülme riskini arttırmaktadır (16,18,20,21).

Erken menarş, geç menopoz, nulliparite, ilk doğumu 35 yaşın üzerinde yapma, özgeçmişinde başka bir kanser varlığı (*endometrium, kolon, over*) ve hormon replasman tedavisi gibi durumların da meme kanserinde etken olduğu ileri sürülmektedir (20,22,23)

Meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmese de literatürde menopoz sonrası kadınlarda normalden fazla kilo artışı, aşırı yağlı beslenme, alkol tüketimi, overler ve diğer salgı bezlerinde fonksiyon bozukluğu, malign olmayan meme hastalıkları ve çevresel etmenlerin meme kanseri insidansını arttıran nedenler arasında yer aldığı bildirilmektedir (19,24,25).

2.1.2.Meme Kanserinde Evreleme

Kanserin evrelemesi bireysel tedavi programını oluşturmak prognozu belirlemek ve farklı tedavi yaklaşımlarından elde edilen sonuçları karşılaştırmak için yapılmaktadır. Evreleme iki türlü yapılır. Birincisi klinik muayene bulguları ve/veya radyolojik görüntüleme sonucu elde edilen bulgulara göre yapılan klinik evrelemedir. İkincisi ve asıl prognoz ve tedavi yönlendiricisi olan cerrahi olarak çıkarılan tümör dokusunun histopatolojik incelenmesi sonucu yapılan patolojik evrelemedir. Patolojik evreleme U.I.C.C. (*Union International Cancer Centre*) veya A.J.C.C. (*American Joint Committee on Cancer*)'nin biçimlendirdiği TNM sınıflandırma sistemi kullanılarak yapılır. Bu sınıflandırmada T primer tümörün en geniş çapını, N bölgesel lenf nodu tutulumunun durumunu, M ise uzak metastaz varlığını işaret etmektedir. Daha önceden tanımlanmış kriterlere göre bu üç özellik belirlenip kombine edilerek , tümör için son TNM Evresi hesaplanır (Tablo:1) (18,26).

Tablo:1 AJCC' nin TNM Klasifikasyonu(2002)

Primer Tümör (T)

Tx Değerlendirilemeyen primer tümör

To Primer tümöre ait bulgu yok.

Tis Karsinoma *in situ*

Tis (DKİS) Duktal karsinoma *in situ*

Tis (LKİS) Lobuler karsinoma *in situ*

Tis (Paget) Meme başının paget hastalığı (Primer başka tümör yok)

T1 En büyük çapı ≤ 2 cm tümör

T1mic En büyük çapı ≤ 0.1 cm

T1a Tümör çapı >0.1 cm, ancak ≤ 0.5 cm

T1b Tümör çapı >0.5 , ancak ≤ 1 cm

T1c Tümör çapı >1 cm, ancak ≤ 2 cm

T2 Tümör çapı >2 cm, ancak ≤ 5 cm

T3 Tümör çapı >5 cm

T4 Aşağıdaki belirtilen dokulara direkt yayılımı olan herhangi büyüklükte tümör

T4a Pektoralis majör kası dışında göğüs duvarına yayılım

T4b Ödem, peau d'orange, cilt ülserasyonu, aynı memede satellit cilt nodülleri

T4c T4a ve T4b

T4d Enflamatuvar karsinom.

BÖLGESEL LENF NODLARI (N)

Klinik Sınıflandırma

Nx Daha önce çıkarıldığı için değerlendirilemeyen nodal tutulum

No Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1 Hareketli, ipsilateral bölgesel lenf nodu metastazı

N2 Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı ve/veya aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak (lenfosintigrafi dışı) görülebilen ipsilateral İM nodal metastaz

N2a Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı

N2b İpsilateral infraklavikular lenf nodu metastazı+aksiller lenf nodu metastazı

N3 Klinik veya radyolojik olarak (lenfosintigrafi dışı) görülebilen ipsilateral İM nodal metastaz+ aksiller lenf nodu metastazı

N4 Supraklavikular lenf nodu metastazı

Patolojik Sınıflandırma

pNx Değerlendirilemeyen bölgesel lenf nodları

pNo Bölgesel lenf nodu metastazı yok

pNo(i-) Bölgesel lenf nodu metastazı yok, İHK(-)

pNo(i+) Bölgesel lenf nodu metastazı yok, İHK(+) ancak tümör infiltrasyon alanı ≤ 0.2 mm

pNo (mol-) Bölgesel lenf nodu metastazı yok, RT-PCR(-)

pNo (mol+) Bölgesel lenf nodu metastazı yok, RT-PCR(+)

pN1

pNmi Mikrometastaz, tümör infiltrasyon alanı > 0.2 mm, ≤ 2.0 mm

pN1 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu ve/veya klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

pN1a 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu

pN1b Klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

pN1c 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu ve klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

pN2 4-9 aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller tutulum olmaksızın İM lenf nodlarında klinik+radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak görüntülenebilen tutulum

pN2a 4-9 Aksiller lenf nodu metastazı, en küçük tümör infiltrasyon alanı > 2 mm

pN2b Aksiller tutulum olmaksızın İM lenf nodlarında klinik+radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak belirgin olan tutulum

pN3 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu metastazı veya klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak belirgin İM lenf nodu metastazı + en az 1 aksiller lenf nodu metastazı veya sentinel biyopsi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nodu metastazı + 3'ten fazla lenf nodu metastazı

pN3a 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu metastazı, en küçük tümör infiltrasyon alanı > 2 mm veya infraklaviküler lenf nodu metastazı

pN3b Klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak belirgin İM lenf nodu metastazı + en az 1 aksiller lenf nodu metastazı veya sentinel biyopsi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nodu metastazı + 3'ten fazla lenf nodu metastazı

pN3c Supraklaviküler lenf nodu metastazı

Uzak Metastaz (M)

Mo Değerlendirilemeyen uzak metastaz

M1 Uzak metastaz yok

M2 Uzak metastaz var

MEME KANSERİNDE EVRELEME			
Evre	T	N	M
EvreO	T _{is}	N ₀	M ₀
Evre I	T _{mic}	N ₀	M ₀
Evre IIA	T ₁	N ₀	M ₀
	T ₀	N ₁	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Evre IIB	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₀	N ₂	M ₀
Evre IIIA	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₂	M ₀
Evre IIIB	T ₄	N ₀	M ₀
	T ₄	N ₁	M ₀
	T ₄	N ₂	M ₀
Evre IIIB	T ₁₋₄	N ₃	M ₀
Evre IV	T ₁₋₄	N ₀₋₃	M ₁

Aydiner A., Topuz E.: Meme Kanseri Tanı-Tedavi-Takip, İstanbul Konsensüsü, 2006

Tümörün büyüklüğü, bölgesel lenf nodlarındaki metastaz varlığı ve uzak organ metastaz varlığı ile ilgili veriler doğrultusunda ameliyat sonrası adjuvan tedavileri planlamak, tedavinin başarısını değerlendirmek ve prognozunu belirlemek amacı ile evreleme yapılmaktadır. Meme kanseri genel olarak 3 evreye ayrılmaktadır: 1) Erken evre (evre I ve II), 2) Lokal ileri evre (evre III) ve 3) Metastatik evre (evre IV) (18).

2.1.3. Tedavi

Günümüzde meme kanserli hastaların çoğu erken dönemde saptanıp, etkinliği kanıtlanmış bölgesel ve sistemik tedavilerden yarar görmektedir. Meme kanseri tedavisinde amaç evrelemeyi iyi yaparak, buna bağlı doğru ve etkin adjuvan tedaviyi vermek ve kanserin bölgesel ve uzak kontrolünü yapabilmektir. Diğer bir amacı ise cerrahi sonrası olabilecek en iyi kozmetik sonucu elde etmek ve hastanın gerek hastalığa, gerekse tedavilere bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar sonrasında rehabilitasyonunu sağlamaktır (2,6).

Bugün meme kanserinin tanı ve tedavisi; meme cerrahi, plastik cerrah, radyasyon onkoloğu, tıbbi onkolog, radyolog ve patoloji uzmanının ortak hareket ettiği çok disiplinli bir çalışmayı gerektirmektedir (2,6,23).

Meme kanserinin güncel cerrahi tedavisi, hastalıklı organın kısmen veya tamamen çıkarılmasına ilave olarak yapılan aksiller diseksiyon esasına dayanır. Bununla hem hastalığın bölgesel tedavisi, hem de tümörün tiplendirilmesi ve evrelendirilmesi yapılabilmektedir. Çünkü hastanın prognozu tanı sırasındaki hastalığın evresine bağlıdır. Ayrıca cerrahi tedavi planı ve adjuvan tedavinin gerekli olup olmadığının kararı buna göre belirlenir. Hastalığın cerrahi tedavisinin daha etkin yapılabilmesi için klinik olarak erken evrede yakalanmış olması gerekmektedir (2).

Meme kanseri tedavisinde ana yöntem cerrahidir. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde memeye ve aksillaya yapılan cerrahi girişimleri ayrı ayrı ele almak gerekir. Primer tümöre yönelik cerrahi girişimler iki çeşittir (2,6,18).

Meme koruyucu cerrahi

- Lumpektomi
- Tümörektomi
- Kadranektomi

Mastektomi

- Basit mastektomi
- Radikal mastektomi
- Modifiye radikal mastektomi

Aksillaya yapılan girişimler ise başlıca 5 başlıkta incelenebilir:

- Hiç girişim yapılmaması
- Sadece sentinel lenf nodu biyopsisi
- Aksiller örneklem (4 nod örneklem, seviye I diseksiyon)
- Seviye I-II aksiller diseksiyon
- Seviye I-II-III aksiller diseksiyon

Ayrıca bazı hastalarda aksillaya cerrahi girişim yerine tedavi amaçlı bölgesel aksillaya yönelik radyoterapi de verilebilmektedir (6,28).

2.1.3.1.Cerrahi

Memeye Yönelik Cerrahi Girişimleri

Meme Koruyucu Cerrahi: Fischer'in 1970'li yıllarda sunduğu meme kanserinin sadece lokal değil aynı zamanda sistemik bir hastalık sayılması gerektiği kuramının günümüzde kabul görmesi, ayrıca kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi gibi adjuvan tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle, meme kanserine cerrahi yaklaşım, köklü bir şekilde değişmiştir. Sistemik tedavinin ağırlıklı olduğu meme koruyucu girişimler de hız kazanmıştır (5,29).

Giderek artan biçimde meme koruyucu cerrahi uygulamaları için endikasyon sınırı Evre I ve Evre II meme tümörlü hastalar olarak belirlenmektedir. Bu nedenle olaya tümör boyutu bakımından bakıldığında 5 cm. ve daha küçük tümörler için meme koruyucu cerrahinin uygulanmakta olduğu görülmektedir. Günümüzde meme kanserli hastaların % 75'inde Evre I ve II'de iken tanı konulduğu ve hastaların 2/3'ünde koltuk altı lenf nodunun negatif olduğu bilinmektedir. Bu durumda meme kanserli hastaların çoğunda meme koruyucu cerrahi uygulanabilmektedir (29).

Meme koruyucu cerrahi, tümör ile birlikte çevresindeki bir kısım sağlam meme dokusunun çıkartılmasını (*lumpektomi, tümörektomi, kadranektomi*) ve buna gerektiği durumlarda aksiller girişimin de yapılmasını (*biyopsi, standart diseksiyon*) içerir. Bu durumda aksillaya yapılan girişimin ayrıca belirtilmesi gereklidir. Memenin büyük bir bölümünün korunmasına ve iyi bir kozmetik sonuç elde edilmesine olanak sağlayan meme koruyucu cerrahi, erken evre meme kanserinin tedavisinde sıklıkla tercih edilen bir seçenektir. Bu tedavinin bir parçası olarak mutlaka kalan meme dokusuna radyoterapi uygulanmalıdır (5,6,29).

Mastektomi

Basit Mastektomi: Bu ameliyatta meme dokusunun tamamı (*üstte klavikula, altta inframammaryen çizgi, iç kısımda sternum, dış kısımda latissimus dorsi arasında kalan tüm meme dokusu*) major pektoral kasın fasyası da içerisinde kalacak şekilde çıkarılmaktadır. Basit mastektominin amacı yapıldığı tarafta hiç meme dokusu bırakmamaktır. Bu ameliyat şekli dünyanın birçok ülkesinde halen meme kanseri tedavisinde standart girişim olarak kabul edilmektedir. Bunun en önemli nedeni ise

meme koruyucu cerrahi sonrası gerekli olan radyoterapi uygulaması prosedürlerinin bu ülkelerdeki eksikliğidir (6,14).

Basit mastektomi genellikle erken veya ameliyat edilebilir meme kanserlerinde primer tedavi olarak, meme koruyucu tedavi uygulananlarda gelişen nüksler veya yeni oluşan kanserlerde, ciltte ülserlere yol açmış veya yol açma olasılığı olan lezyonlarda yaşam kalitesini arttırmak için yapılmaktadır. Yaşlılarda ve ameliyat riski yüksek olan, koltuk altı lenf nodülü negatif genç hastalarda ve bazı olgularda profilaktik amaçla uygulanabilir (15,30).

Radikal Mastektomi

19. yüzyılın sonlarına doğru W.S Halsted tarafından radikal mastektomi adıyla başlatılan operasyon meme dokusu, pektoral kasları ve koltuk altı lenf nodlarının blok olarak çıkarıldığı bir girişimdir. Rutin olarak III. düzeyde bir koltuk altı lenf nodu diseksiyonunu sağlar ve Rotter nodları da çıkartılır. 1970'lerin ortasına kadar meme kanseri için asıl tedavi kabul edilen bu yöntemin tarihsel önemi dışında uygulama alanı hemen hemen hiç kalmamıştır. Günümüzde endikasyonlarının son derece kısıtlı olduğu radikal mastektominin yapılış tarzı modifiye radikal mastektomiye benzemektedir.

Radikal mastektomi sonrası yapılacak meme rekonstrüksiyonu oldukça güç olmakta ve istenen kozmetik sonuçlar elde edilememektedir (15,29).

Modifiye Radikal Mastektomi

Meme dokusunun tamamı ile birlikte koltukaltı lenf bezlerinin bir kısmının çıkarılmasıdır. National Institute of Health 1980 yılında modifiye radikal mastektomi (MRM)'nin Evre I ve Evre II meme kanserinde en çok uygulanan ameliyat olduğunu açıklamıştır. Ayrıca evre III tümörlerde (büyük pektoral kasa fikse olmayan ve kitlesel koltuk altı metastazı olmayanlarda) değişik kadranlarda mammografik olarak hastalığın saptanmasında, konservatif tedavi ile güvenli sınır sağlanamayan lezyonlarda, büyük tümör ancak küçük memeye sahip olanlarda ve tümör çıkarıldıktan sonra kozmetik yönden uygun şeklin sağlanamaması durumunda MRM yapılabilir. Ayrıca ameliyat sonrası dönemde hastayı izleme zorluğunun olması, radyoterapiye kontrendike bir durumun bulunması, tümörün 5cm.'den büyük olması ve memeye daha önceden radyoterapi yapılmış olması halinde de MRM yapılabilir (29,30).

İnvaziv meme kanserinin tedavisinde modifiye radikal mastektomi veya meme koruyucu cerrahi arasında karar vermede anahtar rol, hastanıdır(31).

Aksiller Girişimler

Seviye I-II Aksilla Diseksiyonu: Aksiller boşluk içerisinde yer alan bölgesel lenf nodlarının diseksiyonu iki ana amaçla yapılmaktadır: 1) aksiller evreleme (aksillada metastatik lenf nodu varlığı ve sayısını belirleyebilmek amacı ile) ve 2) aksiller tedavi (bölgesel hastalığın kontrolü amacı ile). Bu amaç ile dışta *latisimus dorsi* içte *serratus anterior* kasları arasında kalan aksiller yağlı dokunun üstte aksiller venaya kadar olan kısmının minor pektoral kasın iç kenarına kadar olan tüm aksiller yağlı dokunun çıkarılması ile seviye I-II diseksiyon gerçekleştirilmiş olmaktadır. Bu seviyeye kadar olan diseksiyonun daha geniş aksiller diseksiyon ile eş değerde onkolojik kontrol sağladığı gösterilmiştir (28,32).

Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi: Bu yöntem özellikle erken evre meme kanserinde aksillaya metastaz yapma riski düşük olan hastalarda (*tümör çapı küçük, klinik olarak aksillası negatif*) uygulanmaktadır. Sentinel lenf nodu biyopsisinde hastalara radyoaktif madde ve mavi boya ile aksiller haritalandırma yapılmaktadır. İşleminde amaç memedeki tümörün ilk ulaşabileceği aksilladaki lenf noduna (*sentinel*) ulaşmak ve dokuyu çıkarmaktır. Bu lenf nodunun patolojik incelenmesi sonucu metastatik hücre saptanmaması durumunda hastaya standart aksiller diseksiyon yapılmamakta ve bu şekilde aksiller diseksiyonun yol açabileceği bir takım komplikasyonların oluşması önlenabilmektedir. Bu işlemin başarı oranının yüksek olduğu rapor edilmektedir. Böylece aksillasına metastaz olduğu saptanan hastalara sadece aksiller diseksiyon yapılabilir. (33,34,35).

Memeye uygulanan cerrahi girişimler sonrası ikincil olarak gelişen çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir. Bunlar arasında cerrahi alan enfeksiyonu, cilt/flep nekrozu, seroma birikimi sayılabilir. Aksiller diseksiyonun cerrahi girişimin bir parçası olması durumunda başta kolda lenfödem gelişimi olmak üzere kol-omuz hareketlerinde kısıtlılık, kolda ve göğüs duvarında hissizlik, kronik ağrı oluşumu, aksillada seroma birikimi gibi istenmeyen etkileri görülebilmektedir. Ayrıca meme koruyucu cerrahi

sonrasında radyoterapi uygulanmasının hastalarda kronik ağrı ve lenfödem gibi komplikasyonların gelişmesi için riski artırdığı gösterilmiştir (36,37,38,39,40).

2.1.3.2.Radyoterapi

Erken evre ve lokal ileri evre meme kanserinde konvansiyonel yöntemle hem eksternal hem de interstisyel brakiterapi olarak uygulanabilmektedir. Ameliyat öncesi büyük tümörleri ameliyat edilebilir boyuta indirebilmek, ameliyat sonrası ise adjuvan olarak nüksleri azaltmak ve sağ kalımı artırmak amacı ile uygulanmaktadır (41,42).

Radyoterapi meme koruyucu cerrahi sonrası meme içerisinde tümörün yinelenme olasılığını azaltmak amacı ile verilmektedir. Son yıllarda yaygınlaşan mamaografik tarama programları ile meme kanseri erken evrede yakalanmakta ve buna bağlı olarak meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi giderek artan oranlarda kullanılmaktadır. Bunun dışında mastektomi yapılan hastalarda, tümör çapının 5cm'nin üzerinde olması, memede multisentrik kanser saptanması, aksillada 4 veya daha fazla metastatik lenf nodunun bulunması, metastatik aksiller lenf nodunda ekstrakapsüler yayılım olması, radyoterapi uygulanmasını gerektirmektedir (41,43).

Radyoterapiye bağlı gelişen yan etkilerin genellikle hafif düzeyde ve geri dönüşümlü olduğu rapor edilmektedir. En sık görülen yan etkiler arasında deri değişiklikleri, boğaz ağrısı, yorgunluk, sinir veya pektoral kas enflamasyonuna bağlı ağrının yanı sıra meme dokusunda ödem, kol ödemi, ağrı ve hassasiyet yer almaktadır. Bunların dışında interstisyel pnömoni ve kalp toksisitesi gibi ciddi istenmeyen olaylara yol açabilmektedir (41,42,44).

2.1.3.3.Hormonoterapi

Meme kanserinin büyümesini, yayılmasını veya nüksetmesini önlemek amacıyla uygulanır. Araştırmalar hormonoterapinin özellikle hormon reseptörü pozitif olan hastalarda yaşam süresini uzattığını göstermektedir. Tamoksifen (*östrojen reseptör inhibitörü*) 20 yıldır meme kanserinin tedavisinde kullanılmaktadır. Günümüzde meme kanserinin tüm evrelerinde gerek ameliyat öncesi gerekse ameliyattan sonra ilave tedavi olarak uygulanmaktadır. Yapılan klinik çalışmalar tamoksifenin tedavi edilen memede

hastalığın yinleme riskini diğr memede de yeni kanser gelişme riskini azalttığını göstermektedir (45).

Hormonoterapi sadece tümöründe östrojen ve/veya progesteron reseptör ekspresyonu olan hastalara verilmektedir. Bugün premenapozal hastalarda tamoksifen yegane seçenek olarak yer almaktadır. Ancak postmenapozal hastalarda tamoksifenin yanı sıra aromatoz inhibitörleri (*anastrozol, letrozol ve ekzemestan*) de kullanılabilmektedir. Tamoksifenin yan etkileri arasında premenapozal kadınlarda artifisyonel menapoz oluşturmalarına bağılı olarak sıcak basmaları ve psişik bozukluklar yer almaktadır. Ayrıca tüm hasta gruplarında endometriyum kanseri, hiperkoagülopati ve katarakt oluşumu riskini artırmaktadır. Aromatoz inhibitörlerinin ise yukarıda belirtilen yan etkilere yol açmadığı ancak ciddi derecede osteoporoza neden olduğu dolayısı ile kemik kırıklarının oluşum sıklığını artırdığı bildirilmiştir (45,46,47).

2.1.3.4.Kemoterapi

Meme kanserinin sistemik tedavisinde kullanılan kemoterapide birden fazla ilacın kombinasyonunun hastalara verilmesinin monoterapiye olan üstünlüğü tartışılmazdır. Son yıllarda erken evre meme kanseri için geliştirilen kombinasyonların yan etki profilinin diğr kanserlerde kullanılan kombinasyonlara göre daha yüz güldürücü olduğu bilinmektedir. Bugün için kemoterapi endikasyonları arasında 2cm'den büyük tümörler, 35 yaşın altındaki hastalar, grad 2-3 tümöre sahip hastalar, aksillada metastatik lenf nodu bulunması ve östrojen ve/veya progesteron reseptörlerinin ekspresyonunun saptanmamış olması yer almaktadır. Kombinasyon tedavisi; hastalarda yıllık nüks riskinde %28, mortalite riskinde ise %17 oranında azalmaya yol açmıştır. Uygulanan bu kombine kemoterapi rejimleri arasında şunlar yer almaktadır (29,48).

Trastuzumab İçermeyen Rejimler

- FAC/CAF (fluorourasil/doksorubisin/siklofosfamid) ya da FEC/CEF (siklofosfamid/epirubisin/fluorourasil)
- AC (doksorubisin/siklofosfamid) ± ardışık paklitaksel
- EC (epirubisin/siklofosfamid)
- TAC (dosetaksel/doksorubisin/siklofosfamid), filgrastim desteğiyle birlikte
- A→CMF (doksorubisinin ardından siklofosfamid/metotreksat/fluorourasil)

- E →CMF (Epirubisin ardından siklofosfamid/metotreksat/fluorourasil)
- CMF (siklofosfamid/metotreksat/fluorourasil)
- AC x 4 (doksorubisin/siklofosfamid) + ardışık paklitaksel x 4, filgrastim desteğiyle birlikte her 2 haftada bir uygulanan rejim
- A→T→C (doksorubisinin ardından paklitaksel, onun da ardından siklofosfamid) filgrastim desteğiyle birlikte her 2 haftada bir uygulanan rejim
- FEC→T (fluorourasil/ epirubisin/siklofosfamidin ardından dosetaksel)

Trastuzumab İçeren Rejimler (*Resmi kurumlarda onaylı değil) Adjuvan:

- AC→T + Trastuzumab (doksorubisin/siklofosfamidin ardından paklitaksel veya dosetaksel + trastuzumab)

Neoadjuvan:

- T + Trastuzumab→CEF + Trastuzumab (paklitaksel + trastuzumabın ardından siklofosfamid/epirubisin/fluorourasil + trastuzumab)
- Yukarıda belirtilen adjuvan kemoterapi rejimlerinin bitiminde trastuzumab uygulanmaktadır (27).

Kemoterapi uygulanmasının yara iyileşmesi üzerindeki olumsuz etkisi bilinmekle beraber rekonstrükte edilmiş meme dokusu üzerine yan etkileri radyoterapi de olduğu kadar fazla olmadığı düşünülmektedir. Ancak kemoterapinin yol açtığı diğer yan etkiler hastanın yaşamını daha ciddi olarak etkileyebilmektedir. Bu istenmeyen etkiler arasında halsizlik, bulantı, kusma, saç dökülmesi, kontrolsüz kilo alma gibi minör problemler olduğu gibi kemik iliği baskılanması, nörolojik ve kardiyak toksisite gibi hastanın yaşamını direkt olarak tehdit eden durumlar da yer almaktadır. Bütün bunların yanı sıra kemoterapi uygulanması sonucunda hastanın yaşam kalitesini etkileyebilecek, over supresyonuna bağlı olarak amenore (*over yetmezliği, artifisyonel menapoz*) de görülebilmektedir (47).

2.2.MEME REKONSTRÜKSİYONU

Günümüzde meme kanseri gittikçe artan sıklıkta kadını etkilemekte ve meme kanseri tedavisi sonucu ortaya çıkan beden imajı bozukluğu hastalarda önemli fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açmakta ve mastektomi sonrası hastaların yaşam kalitesinde önemli derecede azalma ortaya çıkarmaktadır. Hastalığın tekrarlama korkusu ile birlikte kadınlık duygusunun kaybı, cinsel isteğinin azalması, öz-güven eksikliği ve depresyon

gibi psikolojik sorunların yanında sosyal yaşama tekrar adapte olmada güçlük de bu kadınların karşılaştığı sorunlardandır. Bu bağlamda meme rekonstrüksiyonu vücut bütünlüğünü korumak, psikolojik sorunları çözmek, sosyal kazanım sağlamak ve hastaların özgüven duygularını yeniden kazandırarak normal yaşama dönmelerini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır (49,50).

Meme rekonstrüksiyonu, meme dokusunun uygun bir şekilde eksizyonundan sonra, yine uygun bir materyal/deri flebi ile kaybedilen meme hacminin yerine konulması anlamını taşımaktadır. Rekonstrüksiyonun başarılı olabilmesi için de memeler arasında simetri, konturlarda doğruluk, dokunmada yumuşaklık hissi ve alınan sonuçların devamlılığı gereklidir (51).

Meme rekonstrüksiyonu meme kanseri tedavisinin önemli bir bileşenidir ve hastanın durumunu daha da karmaşıklaştırmayan güvenli bir işlem olmalıdır. Belirgin bir fonksiyonel bozukluk kalmamalı, komplikasyon oranları minimum olmalı ve erken rekonstrüksiyondan sonra adjuvan tedavilerin başlanılmasında herhangi bir gecikme olmasından kaçınılmalıdır (52).

Ayrıca bugün dünyada değişen değerler sistemine paralel olarak, hastaların büyük bölümünde hastalığın erken evrede yakalanması, radyoterapi ve kemoterapi yöntemlerinde kaydedilen gelişmeler sonucunda uygulanan cerrahi yöntemlerle hekimlerin ilgisi meme kanserini tedavi etmenin yanı sıra, hastaların yaşam kalitesini korumaya ve hatta yükseltmeye yöneltmiştir (14,53).

Mastektomili hastalara değişik zamanlarda çeşitli yöntemlerle meme rekostrüksiyonu yapılabilmektedir. Mastektomiyi takiben yapılan meme rekonstrüksiyonu artan bir şekilde popüler olmasına karşın, günümüzde hastaların sadece %5'ine uygulanmaktadır. Bugün A.B.D.'de yılda yaklaşık 500 hastaya rekonstrüksiyon yapılırken, Türkiye genelinde bu sayı yılda 100'ü geçmemektedir *National Cancer Data Base* raporlarına göre erken meme rekonstrüksiyonu 1985-1990 yıllarında %3.4 oranında iken, günümüzde bu oran %8.3'e ulaşan bu yükselişle meme kanserinin tedavisinde yerini korumaktadır (7,54).

Genel olarak mastektomi yapılmış ya da yapılacak olan her kadın meme rekonstrüksiyonu için bir adaydır. Bu nedenle cerrahi tedavi olarak mastektomi uygulanacak/uygulanmış hastalara meme rekonstrüksiyonu hakkında ayrıntılı bilgi verilmeli ve seçim hastaya bırakılmalıdır. Hekim hastanın gereksinimlerini ve isteklerini iyi anlamalı, hastanın ruhsal durumunu, tümörün evresini ve rekonstrüksiyon olasılıklarını da göz önünde tutarak bir karar vermelidir. Plastik cerrah, rekonstrüksiyona aday olan hasta ile uzun ve ayrıntılı bir görüşme yapmalı, rekonstrüksiyon seçeneklerini, bunların avantaj ve dezavantajlarını açıklamalıdır. Bu dönemde şekil ve fotoğrafların gösterilmesi hastanın yapılacak işlemi daha iyi kavramasına ve beklentilerinin daha gerçekçi olmasına yardımcı olacaktır (55,56,57).

Meme rekonstrüksiyonu, zamanlama açısından iki dönemde yapılabilmektedir. Bunlardan biri erken ya da eş zamanlı rekonstrüksiyon, ikincisi ise mastektomiden aylar ya da yıllar sonra uygulanan geç rekonstrüksiyon olmaktadır. Erken evre meme kanserli hastalar, erken rekonstrüksiyon için en uygun adaylardır. Kişinin genel olarak sağlık durumu ve mevcut yapısı rekonstrüksiyon sonuçlarını belirlemede büyük önem taşımaktadır. Erken meme rekonstrüksiyonu hastalara psikolojik olarak yarar sağlamakla birlikte hastanın yaşam kalitesini de artırmaktadır. Ancak bazı durumlarda hasta erken rekonstrüksiyonu tercih etmesine karşın, tıbbi açısından (*ileri evre ya da mastektomi sonrası radyoterapi uygulaması*) geç rekonstrüksiyonun daha doğru ve güvenli bir yaklaşım olduğu kabul edilmektedir (49,57).

2.2.1.Erken Rekonstrüksiyon

Meme kanserli hastalarda mastektomi sonrası erken rekonstrüksiyon gittikçe artan oranda tercih edilen bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bu yöntemle beden imajı bozukluğu azaltılmakta ve memenin doğal yapısı korunarak iyi bir kozmetik görünüme sahip olması sağlanmaktadır (49,58,59).



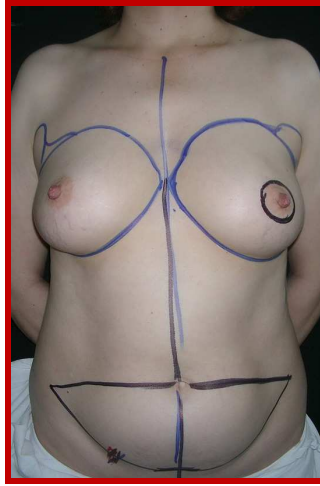
Resim 1: Mastektomi spesimeni

Özellikle deri koruyucu mastektomi teknikleri ile birlikte yapılan doku genişletme, subpektoral implant yerleştirme ve otojen dokularla rekonstrüksiyon tekniklerin birlikte kullanılması erken meme rekonstrüksiyonu ile elde edilen

sonuçların daha iyi olmasını sağlamıştır. Erken meme rekonstrüksiyonu yapılacak olgularda kabul edilen deri koruyucu mastektomi uygulamasında meme başı ve areola kompleksi, malignite tanısının konulduğu biyopsi insizyon skarı, trukat giriş yeri ve tümöre yakın deri bölümleri çıkartılarak memeyi örten derinin kalan bölümleri korunur. Günümüzde majör kanser merkezlerinin çoğunda meme kanseri olan ve meme rekonstrüksiyonu isteyen hastalar için deri koruyucu mastektomi ve erken meme rekonstrüksiyonu en sık uygulanan yöntem olmuştur (49,60,61).



Resim 2:Ameliyat öncesi



Resim 2b:Ameliyat Öncesi İşaretleme



Resim 2c:Deri koruyucu mastektomi ve TRAM ile erken rekonstrüksiyondan 1 yıl sonra

Erken rekonstrüksiyon hastaya tek bir ameliyat stresi yüklemekte, hasta meme kaybına bağlı emosyonel travmayı daha az hissetmektedir. Meme rekonstrüksiyonunun kadınların ameliyat sonrası psikolojik durumları üzerine olumlu etkilerinin olduğu aynı zamanda sosyal, finansal ve zaman açısından da büyük avantajlar sağladığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Hastalığın tekrarlaması veya kanser tedavisinin başarısı (*sağkalım*) üzerine hiçbir olumsuz etkisi yoktur (5,7,55).

Erken meme rekonstrüksiyonu daha az deri çıkarılması ve daha kısa mastektomi izi oluşmasına olanak sağlamakla birlikte bu hastalar ameliyat sonrası daha az ağrı kesici gereksinimi hissetmekte, çabuk iyileşmekte ve hastaneden daha erken taburcu edilmektedir (49,62,63).

Meme kanserinin lokal tedavisi ile birlikte erken rekonstrüksiyon pek çok hastaya cazip gelmesine karşın dikkatli bir hasta seçimi, eğitim ve iletişim başarılı bir rekonstrüksiyon için çok önemlidir (56,64,65).

Erken rekonstrüksiyona karar verilmeden önce hastanın psikolojik durumu, meme kanseri teşhisine verdiği reaksiyon ve motivasyonları detaylı bir şekilde araştırılmalıdır. Hastanın sonucunu daha iyi hale getirmek için sıklıkla gerekecek ara girişimlerin kabul edip etmeyeceği belirlenmelidir. Eğer hasta mastektomi, erken rekonstrüksiyon, adjuvan tedavi, karşı memenin tedavisi gibi olasılıklarla başa çıkamayacak bir psikolojiye sahipse rekonstrüksiyon için beklemek gerekmektedir (49,56,65).

Erken evre meme kanserli hastalar erken rekonstrüksiyon için en uygun adaylardır. Bu 2 cm. den küçük primer tümörü olan ve belirgin bir aksiller lenf tutulumu olmayan hasta grubunu oluşturmaktadır. Ayrıca intraduktal karsinomlu hastalarda da hastalık yaygın olduğunda ve tüm memeyi tuttuğunda basit bir lumpektomi ile in-situ karsinom ortadan kaldırılamamaktadır. Eğer tedavi edilmezse intraduktal karsinomların % 40'ı invaziv karsinoma dönebilmektedir. Lumpektomi sonrası intraduktal karsinomlu hastalara uygulanan radyoterapinin etkisi tam olarak kanıtlanmadığından dolayı bu hastalara gerektiğinde total mastektomi uygulanabilmekte ve bununla birlikte hastalar sıklıkla erken rekonstrüksiyonu tercih etmektedirler (29,49).

Evre I ve II meme kanseri olan hastalar da genellikle erken rekonstrüksiyon için yeterli adaylardır. Cerrahın, tümörün lokal rezeksiyon ile yeterli miktarda ve sınırla çıkarttığından emin olması gerekmektedir. Bazı ekipler ameliyat sırasında rezeksiyonun yeterli olup olmadığını belirlemek için intraoperatif patolojik inceleme yapılmasını önermektedir. Eğer cerrah tümörün derinliği hakkında şüphe duyuyorsa ve erken rekonstrüksiyon sonrası göğse radyoterapi uygulanacaksa o zaman rekonstrüksiyonu ertelemek daha iyi olmaktadır. Bu bekleme dönemi meme rekonstrüksiyonu yapılmadan önce cerrahi sınırların son değerlendirmesi için kesin patolojik değerlendirmeye zaman tanımaktadır (49,66).

Karşı memenin onkolojik açıdan yüksek risk taşıyıp taşımadığı değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın diğer risk faktörleri (*artmış risk durumunu gösteren*

pozitif aile hikayesi ve karşı memeye olası mastektomi yapılması) kesin olarak tanımlanamıyorsa erken rekonstrüksiyon güvenilir bir yol olmayabilir. Belki ikinci bir ameliyata veya iki taraflı mastektomiye kadar rekonstrüksiyonu ertelemek düşünülmelidir. Bu özellikle TRAM flep ile rekonstrüksiyon düşünülüyorsa önemlidir, çünkü bu flep sadece bir kez kullanılabilir (51,67).

Menopoz öncesi invaziv meme kanseri olan kadınların çoğunda ek bir tedavi planı yapılmaktadır. Ayrıca aksiller lenf bezlerinde tutulum varsa radyoterapi de gerekebilmektedir. Medikal onkologlar mastektomi sonrasında mümkün olduğu kadar erken tedaviye başlanmasını tavsiye etmekte ve erken meme rekonstrüksiyonun yapılacak tedavilerde gecikmeye veya engellemeye neden olmaması gerektiğini söylemektedir. Ameliyat sonrası meydana gelen deri kaybı, enfeksiyon veya flep nekrozu adjuvan kemoterapiyi geciktirebilmektedir. Çünkü kemoterapi yara iyileşmesi ve enfeksiyona direnç gibi olumsuz etkilere neden olmaktadır. Rekonstrüksiyon için hastaya özel olan ve en az komplikasyona yol açacak yöntemin seçilmesi gerekmektedir. Kemoterapi beyaz hücre sayısını azaltarak enfeksiyona karşı direnç düşüklüğüne neden olduğundan, kemoterapi alan ve alacak hastalarda erken meme rekonstrüksiyonu önerilmemektedir (30,49,68).

Yapılan çalışmalar ve deneyimler üstteki deri korunduğunda meme implantının radyoterapi uygulamalarına karşı dayanabildiğini göstermiş olmasına karşın, genellikle meme rekonstrüksiyonu ile elde edilen estetik sonuçlarda bir takım sorunlar yaşanmaktadır. Bir implant veya doku genişletici ile erken rekonstrüksiyon yapıldığında ve radyoterapi uygulandığında başarı oranı düşmektedir. Radyasyon almış bir deride genişleme sınırlı olmakla birlikte sonuçları hayal kırıcı olup, memnuniyetsizliği yaratabilmektedir. TRAM flep radyasyona normal bir dokunun verdiği cevaba benzer bir cevap verip, başlangıçta deride eritemle birlikte bir ödem bulunmaktadır. Ancak flep yumuşak ve düzgün konturludur. Zamanla onarılan meme daha sertleşir, büzülür ve küçülerek meme asimetrisi oluşur. Otojen doku ile rekonstrüksiyon yapılacaksa ve sonrasında ek olarak radyoterapi planlanıyorsa flebin boyutları diğer memeden % 10-15 daha büyük hazırlanması gerekmektedir. Radyasyon tedavisinden sonra gerek TRAM flep gerekse meme implantı olsun her tür rekonstrüksiyonda komplikasyon oranı daha da artmaktadır (49,56).

Meme rekonstrüksiyonu yapıldıktan sonra oluşabilecek lokal nükslerin gizlenebileceği konusunda bazı endişeler olmuş ve erken rekonstrüksiyon yapılması tercih edilmemiştir. Meme rekonstrüksiyonu için meme implantı veya doku genişletici kullanıldığında implant genellikle pektoralis majör kası ve muskülofasyal tabaka altına yerleştirilmektedir. İmplant ile rekonstrüksiyon yapıldığında tümör nüksünü gizleyebileceği endişesi uzun dönem erken rekonstrüksiyona karşı çıkılması için bir neden olmuştur. Hastalık tekrarı olursa genellikle mastektomi bölgesi altında meme fleplerinde, pektoralis majör kası veya areolada gelişmekte, bu nedenle implant bu tekrarları saklamamaktadır. Lokal bir nüksün cilt altı yağlı dokuda veya nedbe bölgesinde görülmesi daha olasıdır. Böyle bir durum gelişirse genellikle lokal eksizyon, lokal radyasyon tedavisi veya kemoterapi ile tedavi edilmektedir (30,49).

Meme rekonstrüksiyonun da amaç, yeterli projeksiyona ve belirgin meme altı kıvrımına sahip, konturları ve ölçüleri sağlıklı olan bir meme elde etmektir. Memede istenilen simetrik ve estetik bir sonuç elde etmek için karşı memede bir girişim yapmak gerekebilmektedir. Hastalarda erken rekonstrüksiyondan sonra kabul edilebilir, simetrik bir meme yapılmalıdır. Eğer karşı memede majör düzeltmeler gerektirecek kadar aşırı asimetri ortaya çıkacaksa rekonstrüksiyonu her iki memeye müdahale ederek, daha iyi simetrinin sağlanabileceği geç döneme bırakmak uygun görülmektedir. Bu özellikle meme rekonstrüksiyonu için TRAM flep düşünülüyorsa çok önem taşımaktadır(66,69).

2.2.2.Geç rekonstrüksiyon

Mastektomi sonrası erken meme rekonstrüksiyonun uygun olmadığı durumlarda bir süre yara iyileşmesinin tamamlanmasını beklemek daha güvenli bir rekonstrüksiyon yapılmasını sağlayabilir. Erken meme rekonstrüksiyonu hem optimal onkolojik kontrol hem de estetik açıdan uygun bir yöntem olmasına karşın, bazı tıbbi durumlar nedeniyle geç rekonstrüksiyon tercih sebebi olabilmektedir. Bunlar:

- a) Hastanın rekonstrüksiyon konusunda kararsız kalması,
- b) Hastaya ait ek hastalıkların varlığı (kontROLSÜZ diyabet, hipertansiyon, ileri kalp- damar hastalıkları, bağ dokusu hastalıkları)
- c) Anestezi süresinin uzaması,

- d) Yara enfeksiyonu, flep nekrozu gibi olasılıklarının adjuvan tedaviyi geciktirebileceği endişesi,
- e) Şişmanlık ve ağır sigara içiciliği
- f) Postoperatif dönemde adjuvan radyoterapi nedeniyle oluşabilecek kozmetik ve dolaşım problemlerinin olmasıdır. (9)

Geç dönemde yapılan meme rekonstrüksiyon yöntemleri erken dönemde yapılan tekniklerle benzerlik göstermektedir. Hangi yöntemin kullanılacağı hastanın genel durumu, vücut yapısı, mastektomi yeri, karşı memenin durumu, hastanın tercihi yanında radyoterapi alıp almaması belirlemektedir. Geç rekonstrüksiyon, rekonstrüksiyon yöntemlerini ve sonuçlarını hasta ile daha ayrıntılı bir şekilde tartışma olanağını tedavi ekibine sağlamaktadır. Ayrıca kesin patoloji sonucunun elde edilmiş olması ile uygun rekonstrüksiyon yönteminin daha doğru olarak belirlenmesine ve hastaya hastalığı hakkında daha net bir bilgi verilmesine olanak vermektedir. Burada diğer bir önemli nokta ise, kesin patoloji sonucuna göre karar verilen ek tedavilerdir. Radyoterapi uygulanması gereken hastalarda mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu radyoterapi sonrasına bırakılarak oluşabilecek komplikasyonlar ve istenmeyen sonuçlardan kaçınılmış olunur. Fakat bazı hastalar tıbbi açıdan herhangi bir kontrendikasyon olmamasına karşın rekonstrüksiyonu kabul etmezler. Böyle durumlarda hasta ya hiçbir zaman rekonstrüksiyon yaptırmaz, ya da geç dönem rekonstrüksiyon tercihini kullanabilir (49,51,60,66).

Rekonstrüksiyon Teknikleri

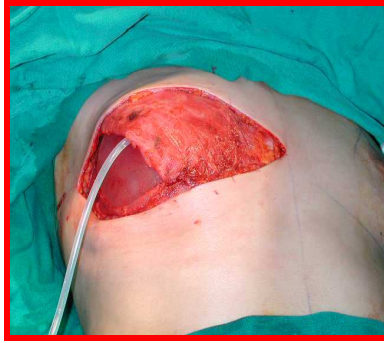
Mastektominin yeri tekniğin seçiminde önemli bir yer tutar. Eğer radikal mastektomi yapılmışsa klavikula altında çöküklük, ön aksiller kıvrımın kaybı ve yetersiz yumuşak doku örtüsü ile sonuçlanır. Modifiye mastektomi sonucu geride bolca yumuşak doku kalır. Geride kalan pektoral kas ve derinin durumu ve kalitesi değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sonucu sadece implantın yeterli olup olmadığı, kasın ve derinin yeterince genişletilip genişletilemeyeceği ya da flep gerekip gerekmeyeceği kararlaştırılır (6,49,70).

Rekonstrüksiyon kararını veren hastalarda, mastektomi sonrası total ya da parsiyel meme kaybı ve deformite geliştiğinden, yeterli meme dokusu hacmini ve cilt

esnekliğini sağlamak amacıyla, implant (non-otojen doku), implant+otojen doku ve otojen doku gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (71).



Resim 3a:Ameliyat öncesi



Resim 3b:İmplant yerleştirilmesi



Resim 3c:Şişirilebilir implant



Resim 3d:İmplant ile erken rekonstrüksiyondan 1 yıl sonra

İmplantla yapılan meme rekonstrüksiyonu, mastektomiden hemen sonra veya daha geç yapılabilen, özellikle otolog doku transplantasyonu uygulanamayan veya iki taraflı rekonstrüksiyon yapılacak hastalar için uygun bir seçenektir. Primer meme tümörünün karakteristik özellikleri ve prognoz beklentisi çok iyi olmasa bile, mastektomi geçiren hastaların büyük bir kısmında implant ile erken rekonstrüksiyon yapılabilmektedir (30,60).

Jt Scales tarafından 1958 yılında materyalin implantasyon için uygun olup olmadığını ortaya koyan doku uygunluk kriterleri belirlenmiştir. Materyalin özelliklerini şöyle sıralamaktadır:

- a) Kimyasal olarak inert olmalı,
- b) Dokuda inflamatuvar veya yabancı cisim cevabı oluşturmamalı,
- c) Non-karsinojenik olmalı,
- d) Üzerindeki mekanik baskıya dayanabilecek durumda olmalı,
- e) Kolay uygulanabilmeli ve sterilize edilebilmelidir (72).

Bu amaçla meme rekonstrüksiyonunda 1960'lı yıllarda silikon meme implantları kullanılmış daha sonra doku genişleticilerin de kullanıma girmesiyle bu implantların kullanımı hızla artmıştır (71).

Doku genişletici ve implant kullanılarak yapılan meme rekonstrüksiyonları için çeşitli seçenekler vardır. Bu seçenekler arasında standart veya şişirilebilir implant ya da daha sonradan kalıcı implant ile değiştirilen doku genişletici uygulamalar yer almaktadır. İmplant uygulanan hastalarda sıklıkla zaman süreci içinde revizyon yapılması gerekmektedir. Ancak en iyi sonuçlar orta büyüklükte memesi olan, minimal pitozlu ve sağlıklı yumuşak doku örtüsü olan hastalarda sağlanabilir. Yine de meme rekonstrüksiyonunda kullanılacak yöntem karar vermede kalan dokuların kalınlığı ve esnekliği, pektoral kasta yeterlilik, diğer memenin büyüklüğü, donör alanlarının durumu ve hastanın talebi önemlidir (30,60,73,74).

İmplantların meme kanserine yakalanma riskini artırıp artırmadığı ve oluşan bir meme kanserinin saptanmasını gizleyip gizlemediği uzun yıllardır tartışma ve merak konusu olmuştur. 1999 yılında, Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü tarafından yapılan araştırmada da meme implantlı hastalarda ilk ya da tekrarlayan meme kanseri görülme sıklığında bir artış olmadığı görülmüştür. Meme implantları hakkında diğer bir kuşku ise bu implantların mammografi sırasında x-ışınlarını engelleyerek meme kanserinin tanısını geciktirmesidir. Ancak gene bu konuda yapılan çalışmalar göstermiştir ki, protezli hastalarda mammografinin etkinliği implant olmayan hastalar ile hemen hemen aynıdır. Ayrıca, göğüs kasının altına implant yerleştirilen hastaların mammografik incelemesinde, meme bezinin altına yerleştirilen implantlara oranla daha iyi görüntü edildiği bildirilmektedir. Diğer yandan, mammografi yapılamayan hastalarda, meme ultrasonografisi ve manyetik rezonans görüntüleme ile de meme dokusu incelenebilmekte ve şüpheli lezyon varsa saptanabilmektedir(49).

İmplantların kullanımı sonucu oluşan komplikasyonlar perioperatif dönemde görülebildiği gibi daha geç yıllarda da meydana gelebilmektedir. Postoperatif erken dönemde implant enfeksiyonu ve eviserasyon görülebilirken daha geç dönemde meme asimetrisi, kapsüller kontraktür, implantın yer değiştirmesi ve rüptürü ile kronik ağrı oluşabilmektedir (9,55,60,74).

Günümüzde uygulanan meme rekonstrüksiyonlarında otolog dokular implantlara göre daha sıklıkla tercih edilmekte olup, rekonstrüksiyon teknikleri arasında altın standartı oluşturmaktadır . En sık kullanılan otolog doku, transvers rektus abdominis ve latissimus dorsi kas flebidir. Ancak rekonstrüksiyon için otolog doku yetersizliği söz konusu ise implant kullanılmaktadır (49,55,74).

İtalya'nın Pavia kentinde cerrah olan Profesör Iginio Tansini latissimus dorsi kas-deri flebini 1896 yılında mastektomi sonrası oluşan doku defsitini kapatmak amacıyla ilk kullanan cerrahdır. Ancak 1976-1977 yıllarından sonra bu yöntem meme rekonstrüksiyonu amacıyla kullanılmaya başlanmıştır (52,70).



Resim 4a: Modifiye radikal mastektomi



Resim 4b: Latissimus dorsi ve implant ile geç rekonstrüksiyon

Latissimus dorsi ile meme rekonstrüksiyonunda yeterli hacim ve projeksiyon sağlamak için genellikle bir implant kullanılması gereklidir. Eğer “fleur de lis” flep dizaynı kullanılırsa implant gerekmebilir. Latissimus dorsi kası torakodorsal arterden kanlanır ve bu artere torakodorsal ven ve sinir eşlik eder. Kas deri flebi bu pediküle dayalı olarak kaldırılacağı için girişim öncesi bu pedikülün sağlam olduğundan emin olunmalıdır. Latissimus dorsi kası daha önce torakotomi yapılmış, vasküler pedikülün cerrahi olarak yaralanması sonucunda sekonder kas atrofisi gelişmiş veya radyoterapiye bağlı hasarlanma meydana gelmiş hastalarda rekonstrüksiyon amacı ile kullanılamamaktadır. Sırttan getirilecek cilt adasının genişliği göğüs duvarındaki cilt eksikliğine ve hastanın diğer memesinin büyüklüğüne ya da istenilen memenin büyüklüğüne göre belirlenir. Bu tekniğin en önemli avantajı meme bölgesine iyi

beslenen kas ve cilt dokusu getirmesidir. Flepte dolaşım bozukluğu, hematoma, enfeksiyon, kapsüler kontraktür karşılaşılabilecek komplikasyonlardır (6,49,52,55).



Resim 4c:Rekonstrüksiyondan hemen sonra



Resim 4d:Rekonstrüksiyondan 1 yıl sonra

Meme rekonstrüksiyonunda sıklıkla tercih edilen otolog doku Transvers Rektus Abdominis (TRAM) flebi hem pediküllü hem de serbest flep olarak kullanılabilir. TRAM flebi kullanılması ilk olarak Hartrampf tarafından 1982 yılında tarif edilmiştir. Bu flep başlangıçta cerrahi rezeksiyon yapılmış hastalarda göğüs duvarındaki yumuşak doku ve cilt defektini kapatmaya yönelik kullanılmış olup, kısa bir süre sonra meme hacmini yeniden oluşturmak amacıyla potansiyel kullanımı gündeme gelmiştir. TRAM flebi için uygun hastalar; göğüs ön duvarında cildi yetersiz olanlar, implantsız rekonstrüksiyonu tercih edenler ve latissimus dorsi kası uygun olmayan hastalardır (6,55,69).

TRAM flep rekonstrüksiyonunun en önemli avantajı, herhangi bir implanta gerek duymadan, hastanın kendi dokusuyla yeni memenin oluşturulmasıdır. Ayrıca implant rekonstrüksiyonuna oranla doğal memenin görüntü ve yapısına daha yakın ve kalıcı bir sonuç elde edilmesidir. Özellikle daha iyi bir ptosis ve memenin üst kısmında daha doğal bir kavis sağlamak mümkündür. Genel olarak bakıldığında ise TRAM flep rekonstrüksiyonu uzun dönemde düşük maliyetle en iyi doğal görüntüyü sağlamaktadır (51,75).



Resim 5a:TRAM ile erken meme rekonstrüksiyonu



Resim 5b:Ameliyattan 1 yıl sonra

Çok zayıf ya da çok şişman, daha önce abdominal cerrahi girişim geçirmiş, aşırı sigara içen ya da diabetik hastalarda TRAM flebi kontrendikedir. Flep nekrozu, yağ nekrozu, abdominal duvar zayıflığı, herni, seroma ve enfeksiyon görülebilecek komplikasyonlardır (6,55,69).

2.3.YAŞAM KALİTESİ

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerin bilim ve yönetim çevrelerinin üzerinde yoğunlaştıkları yaşam kalitesi kavramı ile sıkça karşılaşmaktayız. Bu kavramın içeriğinde toplumun mutluluğu ve esenliğinden, çevre koşulları kalite ve ekolojik yapılarına dek uzanan çok farklı değişkenler bulunmaktadır (76).

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel iyi oluşun ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesinin sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlendiği açıktır. Yaşam koşulları düzeldikçe ve teknoloji ilerledikçe yaşam süresi de uzamaktadır (76,77).

Yaşam kalitesi kavramına duyulan ilgi üzerine çok çeşitli tanımları da yapılmıştır. Yaşam kalitesi günlük yaşam, mutluluk/memnuniyet, kişisel amaçların başarılması, sosyal hizmet ya da doğal yetenekle ilgili olarak tanımlanmaktadır (12).

Uzun yıllar "sağlığın" değerlendirilmesinde ya da ölçümünde morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu terimler organ düzeyinde, nesnel olarak fizyolojik veya ruhsal bir bozukluğun saptandığı ve bireyin kendisinde sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır. Son yıllarda bu yaklaşımın sağlığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda, hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavram ortaya çıkmıştır (78,79).

Sağlık alanında ilk olarak 1977 yılında kullanılan yaşam kalitesi deyimi bireyin kendi esenliğine ilişkin görünüşü ifade eder. Bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu ve mutluluk durumu ile ilgilidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı tanımlarken kullanmış olduğu "*sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir*" ifadesine paralellik göstermektedir (12,79).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi teriminin ortaya atılması ile sağlık, hastalık ve tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini anlatmak üzere sınırları daha belirgin bir bakış açısı hedeflenmiştir. Bu terim ile yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili olmayan (örn: politika, kültür ve sosyal faktörler) boyutları dışında tutulmak istenmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi dışında çevre, toplum güvenliği, eğitim, yaşam standardı, ulaşım, politik özgürlük ve kültürel yaşam ile ilgili kalitesinden de bahsedilir. Her bir faktör birbirini etkilediği için sağlıkla ilgili olan ve olmayan yaşam kalitesi arasında belirgin sınırlar çizmek zordur (68).

Tıp alanında çalışanlar ve araştırmacılar son zamanlarda giderek ilgilerini sağlığın çıkarımları veya tedavi sonuçlarının ölçümü üzerinde odaklamışlardır. Toplum sağlığının ölçümünde bugüne kadar kullanılan geleneksel morbidite/mortalite oranları ile beklenen yaşam süresi gibi değerlendirmelerin artık sağlığın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı düşünülmektedir. Sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmektedir (80).

Yaşam kalitesinin ölçülmesinde sağlık alanlarının birtakım göstergeleri göz önünde tutulmalıdır. Bu göstergelerden fonksiyonel kapasite, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yeteneğini ve fiziksel aktivite düzeyini göstermektedir. Sosyal fonksiyon, kişinin ailesinin diğer fertleri, arkadaşları ve diğer insanlar ile olan ilişkilerini, emosyonel fonksiyon ise hastalığa bağlı ağrı gibi semptomlar ile uygulanan tedavilere bağlı gelişen yan etkilerin oluşturduğu anksiyete düzeyini yansıtmaktadır (79).

2.3.1 Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi

Günümüzde kanser, fiziksel yetersizlikleri, psikolojik ve ruhsal sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır (13).

Kanser hastalarının yaşamları süresince gereksinimlerine göre gerek küratif gerekse destek tedavileri süresince unutulmaması gereken kavramların en önemlisinin “*yaşam kalitesi*” olduğu bir gerçektir. Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için de hastaların ihtiyaçlarının mutlaka belirlenmesi gerekmektedir (1).

Meme kanserli hastaların, erken tanı ve tedavisindeki gelişmelere bağlı olarak yaşam süresi ve kalitesinde önemli oranda artış olduğu görülmektedir. Son yıllarda yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında tedavi edilen erken tanıli meme kanserli kadınların yaşam kaliteleri genel popülasyondan daha yüksek bulunmuştur. Amerikan Kanser Birliği 2003 verilerine göre meme kanseri tanısından sonra beş yıl süreyle sağkalım oranı; 1940’lı yıllarda %72 iken, bu oran günümüzde %96’lara kadar yükselmiştir (8,81,82).

Erken tanı ve tedavi olanakları artmış olsa da, meme kanseri kadınlar tarafından sık karşılaşılan kötü bir deneyim olarak algılanmaktadır. Bu kadınlar, ameliyat nedeniyle oluşabilecek ağrı, lenfödem, kol ve omuz hareketlerinde sınırlılık ve postür bozukluğu gibi fiziksel sorunların yanı sıra, beden imajında bozulma, erken menopoz, doğurganlığın kaybı, reddedilme veya terk edilme korkusu, iş ve kariyerini kaybetme korkusu, tedavinin fiziksel ve maddi etkileri, ölüm ve nüks korkusu gibi psikososyal sorunlar da yaşamaktadırlar. Bununla beraber, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden olan; saçların dökülmesi, cilt renginde değişiklikler, vajinal ağrı ve kuruluk,

cinsel isteksizlik ve yorgunluk gibi nedenler de psikososyal sorunları ve cinsel işlev bozukluklarını artırabilmektedir (5,53).

Meme kanseri tedavisindeki gelişmelere, insidans ve sağ kalımın olumlu etkilenmesine paralel olarak tedavi, hastalık ve iyileşme sürecine ilişkin bu grup hastaların yaşadıkları sorunların kapsamlı olarak öğrenilmesi daha da önem kazanmaktadır. Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve işlevselliğine ilişkin algısı şeklinde tanımlanan yaşam kalitesi bilgi eksikliği, kompleks kararlar ve kanser tedavisine bağlı yan etkiler nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir (68).

Bireyin fiziksel görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık ya da tedavi nedeniyle değişmesinin ve bozulmasının beden imajını değiştirdiği ve bu değişikliğin de benlik saygısına tehdit olarak algılanabildiği, dolayısıyla bu durumun kişide fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir. Bu dönemde yaşa, etnik gruba veya hastalığın evresine bakmaksızın her hasta için bazı tepkiler evrensel olarak kabul edilmektedir (13,83).

Literatürde, meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, kadınlık özelliklerini kaybetme ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu belirtilmiştir. Mastektomi sonrası genç kadınların hastalığın tekrarlamasına ilişkin daha fazla korku duydukları ve meme kaybına ilişkin daha yoğun duygular yaşadıkları, buna karşın ileri yaş grubundaki kadınların, meme kanserini gelecek yaşamlarında daha az tehdit edici olarak algıladıkları belirtilmiştir. Tüm bu sorunlar kansere yönelik evrensel tepkiler olmanın yanı sıra, kadın bedeninde birçok sembolü bünyesinde barındıran meme kaybına özgü tepkilerdir (13,84,85).

Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi hastalık belirtilerinin yarattığı fiziksel ve duygusal sorunlara ek olarak kendilerine uygulanan tedaviler nedeni ile olumsuz etkilenebilmektedir. Uygulanan tedaviler, hastaların yaşam süresini uzatmakla birlikte, ağır fiziksel yan etkilere neden olmakta, bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Kemoterapi tüm sistemleri etkilediği için bireyin günlük yaşam fonksiyonlarını sürdürmesini zorlaştırmaktadır. Tedavinin erken döneminde kemik iliği

baskılanmasına bağlı olarak gelişen lökopeni, trombositopeni, anemi, enfeksiyon, yorgunluk, mide-barsak şikayetleri vb. ortaya çıkmaktadır. Over eksikliği, erken menapoza girme, hormonal bozulma ve cinsel fonksiyonlardaki sorunlar, kemoterapi ve hormon tedavisinin olası yan etkileridir. Bu yan etkiler, aynı zamanda doğurganlığı da etkilemekte ve özellikle çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır (13,53,85).

Bu açıdan bakıldığında, özellikle çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda tedavinin risk ve yararlarını değerlendirmek, göz önünde bulundurulması gereken önemli bir konudur. Tüm bu nedenler hasta bireyin anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme gibi semptomlar yaşamasına neden olmakta ve bu durum yaşam kalitesini düşürmektedir. Bunlardan birisinin veya birkaçının yol açtığı fiziki ve psikolojik travma hastayı önemli ölçüde etkileyebilmektedir (53,85).

Meme kanseri, ileri yaş grubundaki kadınları fiziksel fonksiyon görme, bağımsızlık ve diğer tıbbi hastalıklar yönünden daha fazla etkilemektedir. Yaşlanmayla ortaya çıkan fiziksel yetersizliklere ek olarak, meme kanserinde uygulanan tedaviler, ileri yaş grubundaki kadınların fiziksel fonksiyon görme kapasitelerini daha da azaltarak, bağımsızlıklarını sürdürmelerini engel olmaktadır. Özellikle cerrahi girişim ve adjuvan tedavi sonrasında, ileri yaş grubundaki kadınların fonksiyonel durumları, kanser tedavisinden önceki durumlarına göre önemli ölçüde azalmaktadır (86).

Kanser hastalarında ağrı, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok problemin içinde en fazla yıpratıcı sorunların başında gelmektedir. Ağrının görülme oranı hastalığın tanı aşamasında %28, aktif tedavi döneminde %50-70, ileri döneminde de %64-80'dir (40).

Kanser hastasında ağrının kontrolsüz kalması, kanserin getirdiğı genel hastalık haline ek olarak, hastanın fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilenmesine, sosyal iletişiminin ve yaşam kalitesinin bozularak bir kısır döngüye girmesine neden olmaktadır. Bu olumsuz etkilenme sadece hasta ile sınırlı kalmamakta, hastanın yakın çevresini de kapsamaktadır (76).

Meme kanseri sonrası oluşan kronik ağrı gerek cerrahiye gerekse radyoterapiye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Güllüoğlu ve ark. meme kanserli Türk kadınlarında yapmış olduğu bir çalışmada meme kanseri tedavisi sonrası hastaların % 46'sında kronik ağrı geliştiği saptanmıştır. Bu çalışmada kronik ağrıya yol açan en belirgin faktörlerin hastaların genç yaşta olması ve cerrahi sonrası adjuvan tedavi alınmış olması olarak gösterilmiştir. Yine oluşan kronik ağrının hastaların yaşam fonksiyonları içerisinde en çok ruhsal durum üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Hangi tip bir meme cerrahisi uygulandığının da yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu düşünülmüştür. Bu konuda daha önce yapılmış çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bunun meme cerrahisinin çok çeşitli komponentlerden oluşmasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Daha minimal bir cerrahi yöntem olan meme koruyucu cerrahi sonrası yaşam kalitesinin mastektomiye oranla daha üstün olması beklenirken bazı çalışmalarda her iki cerrahi yöntem arasında fark olmadığı gösterilmiştir. Bu durum çok da şaşırtıcı bir sonuç olarak görülmemektedir. Çünkü meme cerrahisine ek olarak diğer bölgesel ve sistemik tedavilerin uygulanıp uygulanmadığı ve meme cerrahisinde aksiller cerrahinin yapılıp yapılmaması yaşam kalitesini önemli oranda etkileyebilmektedir. Ancak yine de bazı çalışmalarda meme koruyucu cerrahi sonrası mastektomiye oranla yaşlı hastalarda da dahil olmak üzere vücut imajı ve yaşam biçimi skorlarının daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (5,25).

Ayrıca genç hastalarda cinsel fonksiyonun meme koruyucu cerrahi sonrası daha iyi olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da meme koruyucu cerrahinin fiziksel görünüş ve duygusal davranış açısından mastektomiye göre yaşam kalitesine daha olumlu katkıda bulunduğu görülmüş, ancak hastalığın tekrarlama riski nedeni ile gelişen endişe meme koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda daha fazla olduğu anlaşılmıştır (87,88).

Meme kanseri aile üyeleri, ev ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklar üzerinde olumsuz psikososyal etkilere sahiptir. Kanser tanısının şoku, hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişikliklere neden olabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedir. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Ancak uzun bir

tedavi sürecinde hastalar, çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duyduklarında da gerekli desteklerden yoksun kalabilmektedirler. Bunun yanı sıra mastektomi ve diğer tedaviler, kadınların sosyal ve cinsel yaşamlarında önemli sorunlara yol açmaktadır. Mastektomi sonrası yaşanan meme kaybı ve alopesia gibi kemoterapinin yol açtığı beden imajı sorunları, kadınlarda sosyal izolasyon ve sosyal davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Diğer yandan kadınlar evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceği ve eşleriyle duygusal ilişkilerinin kopacağı gibi korku ve kaygılar da yaşayabilmektedirler (13,89).

2.3.2. Rekonstrüktif Cerrahinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Kanser türleri içerisinde kadınlarda en sık görülen meme kanseri, kanser olmanın verdiği korku ve kaygının yanında, kadının kimliği için büyük önem taşıyan "meme"nin de kaybına yol açmaktadır. Meme cerrahisi uygulanan kadınlarda psikolojik destek sağlamak, beden bütünlüğünü korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için rekonstrüksiyon meme kanseri tedavisinin ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir. Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonun zamanlaması meme rekonstrüksiyon tekniklerindeki ilerlemeler ve yeniden meme yapılmasının olumlu psikolojik etkilerinin ortaya konması ile daha erkene çekilmeye başlanmıştır. Ancak unutulmamalıdır ki, meme rekonstrüksiyonu hastanın tanı ve tedavi aşamaları boyunca yaşadığı bütün psikolojik ve duygusal travmaları kompanse edecek, her derde deva bir çözüm değildir (56,90).

Meme kanseri nedeniyle mastektomi yapılacak bir kadına erken meme rekonstrüksiyonu önerilmesi, o anda duygusal olarak travmatik bir dönemi yaşayan kadın için "iyi haber" olarak görülmektedir. Rekonstrüksiyon sağkalımı artırmaz, mortaliteyi etkilemez; ancak psikolojik morbiditeyi olumlu yönde etkileyerek, duygusal, sosyal, fiziksel durumu iyileştirmekte ve mastektominin yıkıcı etkisini azaltmaktadır (56,57,91).

Erken evre meme kanseri ve prognozu iyi olan hastalarda, meme rekonstrüksiyonu, istenilen bir durumdur ve eğer hastalığın kendisi anestezi riskini etkilemiyorsa, lokal hastalığın genişliği veya sistematik hastalık bir kontrendikasyon değildir. Daha ileri evrelerde hastalığın prognozunun kötü olmasına karşın,

rekonstrüksiyonun psikolojik yararları yapılan çalışmalarla iyi belgelenmiştir. Bir sonraki yılın hastanın yaşamının son yılı olabileceği de düşünülmelidir. Rekonstrüksiyonla beden imajı korunarak, bu kısıtlı süre içerisindeki yaşam kalitesi yükseltilebilir ve hastayı motive edip kansere karşı verdiği savaşa destek sağlayarak sağkalım süresi artırılabilir (66).

Ayrıca meme rekonstrüksiyonun mastektomi sonrası yaşam kalitesi üzerine olan etkileri konusunda çeşitli raporlar yayınlanmıştır. Kimi çalışmalarda rekonstrüksiyon yapılmasının hastanın yaşam kalitesini artırdığı rapor edilirken diğer çalışmalarda fiziksel ve emosyonel açıdan mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılmamasının bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir. Bu farklı sonuçların nedeninin; hem toplumlar arası kültür farklılığından doğan algılama ve kader anlayışı, hem de araştırma konusu olan hastaların heterojen yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların yaşam kalitesi, uygulanan cerrahi tedavinin tipinden daha çok diğer adjuvan tedavi yöntemlerinin istenmeyen yan etkilerine bağlı olması rekonstrüksiyonun tek başına bağımsız bir yaşam kalitesi belirleyeni olup olmadığı konusunda sağlam veri elde edilmesini güçleştirmektedir (10,11).

Erken meme rekonstrüksiyonunun olumlu psikolojik etkilerinin ortaya konması ve meme kanserinin tedavisinde önemli bir gelişme sunmasına karşın, günümüzde hala zamanlaması konusunda da tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bu konudaki tartışmaların odak noktasını hastalarda gelişen yaşam kalitesi değişiklikleri oluşturmaktadır. Erken rekonstrüktif girişim ile hasta için ikinci bir ameliyattan kaçınılması ve memesinin yokluğunu hissetmemesi hedeflenmektedir. Hastalar özellikle memenin yok olması kavramını hiç yaşamamaktadırlar. Schain ve ark., erken meme rekonstrüksiyonu yapılan kadınlarda, geç yapılan rekonstrüksiyona oranla daha az anksiyete ve depresyon geliştiğini, bu kadınların tanıyı daha rahat kabullendiklerini saptamışlardır. Ayrıca tek bir seansta yapılan ameliyatın daha az maliyetle ve daha iyi bir kozmetik görünüm ile sonuçlandığı bildirmişlerdir. Bu şekilde hastaların iyileşme dönemlerinin de kısılacağı düşünülerek normal yaşantılarına daha hızlı bir şekilde dönebilecekleri öngörülmektedir. Ancak, retrospektif olan çalışmaların hepsinde erken rekonstrüksiyonun, geç rekonstrüksiyona göre hastanın yaşam kalitesini daha olumlu

etkilediği rapor edilmiş olmasına karşın, birkaç prospektif çalışmada bu avantaj gösterilememiştir (81,92,93,94,95,96).

Mastektomi ve erken meme rekonstrüksiyonu ile ilgili eski tartışmalardan biri de, kozmetik sonuç iyileştirilmeye çalışılırken onkololojik ilkelerden vazgeçilmesi sonucu bu hastalarda lokal nüks olasılığının fazla olabileceğidir. Ancak, son yıllarda deri koruyucu mastektomi ile ilgili çalışmaların gösterdiği gibi hem kısa dönemde hem de beşinci yılda lokal nüks oranlarında bir artış olmadığı belirtilmiştir. Rekonstrüksiyon yapılmış hastalarda beşinci yıldaki nüks oranları, Noone ve ark. tarafından rekonstrüksiyon yapılmayan hastalardaki ile aynı olarak bildirilmiştir. Bu oranlar daha yüksek olmakla birlikte (%20.1) nükslerin %90'ından fazlası ilk beş yıl içinde olmuştur. Mastektomiden ilk lokal nükse kadar geçen süre rekonstrüksiyonla artmamaktadır. Birçok çalışmada belirtildiği üzere otolog doku ile erken meme rekonstrüksiyonu, adjuvan tedavilerin zamanlarını ve duyarlılığını etkilemeksizin güvenle yapılabilmektedir. Ayrıca, otolog doku rekonstrüksiyonun da her zaman radyoterapi ya da kemoterapiden etkilenmesi söz konusu değildir (66,97).

Meme rekonstrüksiyonu önerilen bir hastanın bu konuda bilgilendirilmesinin amacı, işlemin eş zamanlı planlanması konusunda karar vermesine yardımcı olmak, onu ameliyata ve sonrasına hazırlamaktır. Hastaya bilgi verirken onun kişisel gereksinimlerine ve alışkanlıklarına karşı hassas olmak gerekmektedir. Meme rekonstrüksiyonu ile ilgili bilgi verme işleminin önemli bir noktası, gerçekçi beklentilerin oluşturulmasıdır. Hastanın hiçbir zaman yeni bir memeye sahip olmayacağı; ancak çok daha iyi bir kozmetik görüntü ve şekle sahip olacağı anlatılmalıdır. Rekonstrüksiyon sonrası hastanın memnuniyeti, daha çok cerrahi işlem öncesi beklentilerine bağlı olmakta ve gerçekçi bilgilerin verilmesi ile hastaların hayal kırıklığı önlenmektedir (65,57,91).

Her ne kadar meme kanserinin duygusal alanda etkileri değişken ve önceden tahmin edilemez nitelikte olsa da, psikolojik yapısı sağlam bir kadının, meme kanseri tanısıyla ciddi bir psikolojik sorunlar yaşamaksızın da başa çıkabileceği düşünülebilir. Hastanın kanseri, hayatında çok az kısıtlamalara neden olacak, geçici bir dönem gibi düşünmesi önemli bir yaklaşım tarzıdır (56).

Kadınların çoğu, kendilerini yeniden normal hissetmek ve olabildiğince eski yaşam biçimine dönmek yönünde güçlü bir istek duymaktadırlar. Rekonstrüksiyon hastanın memesinin yokluğu düşüncesiyle mücadelesinde daha başarılı olduğu ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Hastanın kendini yeniden bir bütün olarak hissetmesi benlik saygısını artırmakta, güven duygusunu olumlu etkilemekte ve kişisel ilişkilerinin eskisi gibi olmasını sağlamaktadır (91).

Bütün bu faktörler göz önüne alındığında meme cerrahisi uygulanan kadınlarda psikolojik destek sağlamak, beden bütünlüğünü korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için rekonstrüksiyon meme kanseri tedavisinin ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir. Meme cerrahisi sonrası meme rekonstrüksiyonun zamanlaması ise meme rekonstrüksiyon tekniklerindeki ilerlemeler ve yenilikler ile yararlı psikolojik etkilerinin fark edilmesiyle, geç rekonstrüksiyondan erken rekonstrüksiyona doğru gelişmeye neden olmaktadır (13,49,84,91).

Bugüne kadar ülkemizde meme kanserli hastalarda erken veya geç dönemde yapılan rekonstrüksiyonun yaşam kalitesi üzerine etkileri araştırılmamıştır. Yapılan çalışmalarda sadece rekonstrüksiyon yapılan ve yapılmayan kadınlar arasında yaşam fonksiyonları ve dolayısıyla yaşam kalitesi açısından fark olup olmadığı sorgulanmıştır (4,24,84,90).

Meme kanserinin kadınlarda psikolojik, sosyal ve manevi boyutta yol açtığı sorunlar, bu hastalıkların tedavi ve bakımında destekleyici yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir. Meme kanseri tanısı alan her kadın, emosyonel desteğe gereksinim duymaktadır. Tanının öğrenildiği, memenin alınıp alınmayacağına karar verildiği dönemde kadınların yoğun ruhsal sıkıntılar yaşadığı bilinmekte, mastektomi sonrasında da kadınların psikolojik ve sosyal desteğe gereksinimleri devam etmektedir (13,68,84).

Kanser ve tedavisi birçok psikososyal sorunu beraberinde getirdiğinden hasta ve aileleri için çeşitli destekleyici girişimlerin geliştirilmesine neden olmuştur. Bu destekleyici girişimlerin bütüncül bir yaklaşım içinde, kanser tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve uygulanması son derece önemlidir. Kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda da psikososyal girişimlerin semptom yönetiminde, stresle baş etmede ve yaşam kalitesinin artırılmasında olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (13,84,89).

Kanser, multidisipliner bir anlayış içinde ele alınmalıdır. Bu ekip içinde yer alan sağlık profesyonelleri, hastaların yaşadığı psikososyal sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller üstlenebilirler (13).

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. Tedavi sürecinin her aşamasında ve sonrasında hasta ve hasta yakınlarının gereksinim duydukları konularda bilgilendirilmesi yararlı olacaktır (13,89,98).

Hastalara tedavi öncesi ve sırasında tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi verilmeli, hastaların tedavi ile ilgili duygularını ifade etmelerine fırsat tanınmalı ve hastalar gereksinimleri, değerleri ve olanakları doğrultusunda tedavi kararları konusunda desteklenmelidir. Tedavinin yan etkilerine ilişkin bilgi vermek, anksiyete ve belirsizlik duygularını azaltmada, hastalıkla baş etmeyi arttırmada yardımcı olabilir. Hastalara hormonal ve cinsel problemler, beden imajındaki olumsuz değişimler, kanser tanısına verilen genel psikolojik tepkiler hakkında bilgi verilebilir. Kadınlara koruyucu cerrahi, meme rekonstrüksiyonu ve protezler hakkında bilgi vermek, meme kaybıyla ilgili yaşanan kaygıyı azaltmada ve bozulan beden imajını düzeltmede yardımcı olabilir (13,83,84,91).

Hastalık sürecinde kadınların sorunlarını ve duygularını ifade gereksinimleri vardır. Hastalara yardım etmede dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri onların bu süreçte yaşadıklarını anlamaya çalışmaktır. Hastalara, istedikleri zaman onlarla iletişim kurma, duygularını ifade etme ve soru sorma fırsatları olduğu hissettirilmelidir. Bu iletişim, hasta ve ailelerinde güven duygusunu artırarak, korku ve endişelerini azaltmada etkili olabilir. Uzun süren hastane tedavileri hastaların sosyal yaşamdan uzaklaşmasına ve kişilerarası ilişkilerinde kopukluklara yol açabilmektedir. Sosyal desteğin meme kanserli kadınların psikososyal uyumları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkileri olmaktadır. Meme kanserli kadınlar yaşamlarında psikososyal problemlerini dinleyen ve anlayan kişilerin olmasına hastalığın verdiği anksiyeteyi azaltmanın bir yolu olarak değerlendirmişler ve hastalık ile ilgili yaşadıkları zorlukları paylaşmanın çok önemli olduğunu belirtmişlerdir (13,91,98).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma meme kanseri nedeni ile mastektomi sonrası değişik zamanlarda ve tiplerde uygulanan rekonstrüktif cerrahinin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla retrospektif ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde 2002- 2006 tarihleri arasında meme kanserli hastalarda mastektomi sonrası rekonstrüksiyon (*erken ve geç dönem*) uygulanmış hastalar oluşturmuştur.

İki grup arasında yaşam kalitesi ölçeklerinden herhangi bir boyutu için, ortalama 5 puan farkın tahmini 6 standart sapma olacak biçimde, tip I hata=0,05 tip II hata= 0,20, power=0,80 kabul edilerek her bir grup (*erken ve geç*) için tahmini örneklem büyüklüğü 23 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın örneklemi ise 2002-2006 yılları arasında aşağıdaki kriterleri karşılayan 51 hastadan oluşmuştur.

1. Çalışmaya alınma kriterleri:

1. Kadın olması
2. Mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılmış olması
3. Çalışma anında hastalığın kontrolde olduğunun gösterilmiş olması
4. Çalışma anında herhangi bir adjuvan tedavi (*hormonoterapi*) almıyor olması
5. Çalışmaya onam verilmiş olması

2. Çalışmaya Alınmama / Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri:

1. Başka bir kanser öyküsü (*in situ serviks kanseri, bazal hücreli deri kanseri hariç*) varlığı
2. Dekompanse sistemik hastalığı olanlar
3. Şu anda veya ilk tanıda metastaz saptanmış olanlar
4. Çalışma anında adjuvan tedavi (*hormonoterapi hariç*) alanlar

Hastalara verilmek üzere sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Ware tarafından geliştirilen *SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği*, kanserli hastalar için *EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği* ve psikopatolojik durumu değerlendirmek için de *SCL-R-90 Semptom Belirleme Listesi* kullanılmıştır.

3.3.Verilerin Toplanması

Araştırma Etik Kurul onayı alındıktan ve M.Ü. Sağlık Bilimleri ön proje kabulünden sonra veri toplama işlemine başlandı.

Araştırmada veriler, örneklem kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra böyle bir çalışmada yer almak isteyenler ile literatür doğrultusunda ve uzman kişilerin görüşleri alınarak hazırlanan anket formu (Ek 1), *SF-36* sağlık taraması (Ek 2), *EORTC QLQ-C 30* kanserli hastalarda yaşam kalitesi (Ek 3) ve *SCL-R-90* Semptom Belirleme Listesi (Ek 4) hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edildi.

Anket formu (Ek-1): Konuya ilişkin literatür doğrultusunda incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu hastaların demografik özellikleri/tanıtıcı bilgileri (yaş, boy, kilo, öğrenim durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, çalışma durumu, çocuk sayısı, menarş ve doğum yaşı, alkol-sigara kullanımı) hastalığa ve ameliyata özgü özellikleri içeren uygulamaları/durumları (*cerrahi tipi, patolojik evre, rekonstrüksiyon tipi, biyopsi, kemoterapi, hormonoterapi, radyoterapi uygulaması ve kol ödemi*) belirleyici sorular yer almaktadır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2): SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1987 yılında Ware tarafından geliştirilmiş klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 150'ye yakın maddeden oluşan ölçekle başlanmış ve 22.462 kişide yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar ile önce 20 soruluk kısa form (SF-20), daha sonra 36

soruluk kısa form (SF-36) geliştirilmiştir. SF-36 sağlıkla ilgili araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. 14 yaş ve daha büyüklerin, kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde ve hatta telefon aracılığı ile de uygulanabilecek bir şekilde hazırlanmıştır. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Dr. Fişek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmalarında elde edilen Cronbach’s Alpha değeri 0.75 (*mental rol*) – 0.90 (*mental işlev*) arasında değişmektedir.

36 durum içeren ölçek, 3 ana başlık (*fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı*) ve bu başlıklar altında yer alan 9 sağlık alanını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir.

1. Fonksiyonel durum

- Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,
- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

2. Esenlik

- Mental sağlık
- Beden ağrıları
- Canlılık

3. Genel Sağlık Anlayışı

- Bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,
- Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklikler

SF-36, gerek uygulama ve puanlama kolaylığı gerekse kısa sürede tamamlanabilmesi nedeniyle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (*pozitif puanlama*). Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

Bu ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de bütün olarak yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi, geçerlilik ve güvenirliliğinin yapılmış olması, uygulama, değerlendirme ve yorumlanmasının kolay olması nedeniyle çalışmamızda için tercih edilmiştir (76,99,100).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Başlığının Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Skala Adı	Maddeler	Beklenen En Düşük ve En Yüksek Puan	Olası Puan
Fiziksel Fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10 - 30	20
Sosyal Fonksiyon	6+10	2 - 21	9
Fiziksel Rol Fonksiyon	4a+4b+4c+4d	0 - 4	4
Emosyonel Rol Fonksiyon	5a+5b+5c	0 - 3	3
Mental Sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5 - 30	25
Zindelik/Yorgunluk	9a+9e+9g+9i	4 - 24	20
Ağrı	7+8	2 - 11	9
Genel Sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5 - 25	20
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	2	1 - 5	4

Ham skala puanının dönüştürülmesi: **Ham skala puanı - En düşük olası puan / Olası puan x 100**

SF-36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlamasının Anlamı

ALT ÖLÇEKLER	DÜŞÜK PUAN	YÜKSEK PUAN
Fiziksel Fonksiyon	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol Fonksiyon (fiziksel)	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol Fonksiyon (emosyonel)	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Vitalite/Enerji	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın Genel Olarak Algılanması	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

EORTC QLQ-C 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3): EORTC QLO-C 30 kanserli hastalarda geniş alanda kullanılabilen bir anket programıdır. Ölçek beş fonksiyonel skala (*fiziksel, rol, kognitif, emosyonel ve sosyal*), üç semptom skalası (*yorgunluk, ağrı ve bulantı/kusma*), global yaşam skalası içermekte ve altı durumu

(dispne, uyku bozukluğu, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve finansal sorunlar) ayrıca sorgulamaktadır. Toplam 30 sorudan oluşmaktadır. 28 soruda hastalardan sorulan durum ile ilgili olarak 1-4 arası bir rakam işaretlemeleri istenmektedir. 1; hiç, 2; biraz, 3; oldukça ve 4; çok fazla olarak değerlendirilmektedir. Sadece iki soruda yanıtları 1den 7ye kadar olan rakam üzerinden vermeleri istenmektedir. 1 rakamı çok kötüyü 7 ise mükemmeli işaret etmektedir. Genel iyilik halinde ve fonksiyonel skalada puan ortalaması yükseldikçe durumun iyiliğini göstermektedir. Semptom skalasında ise puan ortalamasının yüksek olması yaşanan sorunların ifade etmektedir.

Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QoL Questionnaire*) (EORTC QOL-C30): Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek 30 maddeden ve fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Fonksiyonel alt boyutu; fiziksel (1-5. sorular), rol (6. ve 7. soru), bilişsel (20. ve 25. soru), emosyonel (21-24.sorular), sosyal (26. ve 27. soru), global yaşam kalitesi (29. ve 30. soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Semptom alt boyut ölçeği; yorgunluk (10, 12. ve 18. sorular), bulantı ve kusma (14 ve 15. soru), ağrı (9. ve 19. soru), dispne (8. soru), uyku bozukluğu (11. soru), iştahsızlık (13. soru), konstipasyon (16. soru), diyare (17. soru), ve mali etki (28. soru) semptomlarını içermektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin ve semptom derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Güzelant ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ≥ 0.70 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (101).

Semptom Belirleme Listesi (SCL –R 90) (Ek-4): Semptom Belirleme Listesi psikiyatrik belirtileri taramak için kullanılmaktadır. Birey tarafından doldurulan ölçek, Derogatis ve arkadaşları (1973) tarafından geliştirilmiştir. SCL 90-R, psikopatolojiyi 10 grupta değerlendiren 90 maddeden oluşmaktadır. Bu 10 grup şunlardır: somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, kişiler arası zedelenabilirlik, depresyon, anksiyete, hostilite, fobi, paranoid düşünceler, psikotizm ve ek belirtilerdir. Yüksek puan yüksek belirti sıklığını göstermektedir. Türk ergenlerde geçerlik ve güvenilirlik yapılmış, genel belirti

indeksine yönelik patolojik düzey kesim noktası 1.57 olarak belirlenmiştir Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Dağ 1991) yapılmış ölçektir (102,103).

EORTC QLQ C 30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Soru Dağılımı

SKALA ADI	SORU NO	SORU SAYISI	MADDE ARALIĞI
I- Genel İyi Hali	29,30	2	6
II- Fonksiyonel Durum			
Fiziksel fonksiyonlar	1,2,3,4,5	5	3
Rol fonksiyonlar	6,7	2	3
Emosyonel durum	21,22,23,24	4	3
Bilişsel durum	20,25	2	3
Sosyal durum	26,27	2	3
III-Semptom Kontrolü			
Yorgunluk	10,12,18	3	3
Bulantı ve kusma	14,15	2	3
Ağrı	9,19	2	3
Dispne	8	1	3
Uyku bozukluğu	11	1	3
İştah kaybı	13	1	3
Konstipasyon	16	1	3
Diyare	17	1	3
Finansal sorunlar	28	1	3

$$\text{Ham Puan} = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

$$\text{Fonksiyonel Durum Hesaplanmasında} = \{1 - ((\text{Ham Puan} - 1) / \text{Madde aralığı})\} \times 100$$

$$\text{Semptom Kontrolü ve Genel İyi Halinin Hesaplanmasında} = \{(\text{Ham puan} - 1) / \text{Madde aralığı}\} \times 100$$

1-Somatizasyon (SOM): 12 maddelik (1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58) bu test,vücutun kalp,damar,mide,bağırsak,solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtır. Çözümlemeyen engelleme veya çatışma sonucu ortaya çıkan işlevsel ve fiziksel bozuklukları da saptar.

2-Obsesif-Kompulsif (O-C): 10 maddelik (3,9,10,28,38,45,46,51,55,65) bu alt test aynı adla anılan belirtileri yansıtır. Bunlar bireylere yaşanılması arzu edilmeyen,ancak sürekli ve karşı konulmaz bir biçimde yaşanan düşüncelerdir. Tekrar eden düşünceler ve suçlamayla karakterize edilen obsesif-kompulsif sendromların tespitinde yardımcı olur.

3-Kişiler Arası Duyarlılık (INT): 9 maddelik (6,21,34,36,37,41,61,69,73) bu alt test bireyin kendini başkalarıyla karşılaştırdığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi,bu ilişkilerde zorluk çekmesi,rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır.

4-Depresyon (DEP): 13 maddelik (5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79) bu alt test,genel karamsarlık,ümitsizlik,güdülenme eksikliği,intihar düşünceleri,bilişsel ve somatik belirtileri içeren yaşantı duyumsamalarını yansıtır.

5-Kaygı (ANX): 10 maddelik (2,17,23,33,39,57,72,78,80,86) bu alt test, klinik kaygının içerdiği belirti ve davranışları (rahatsızlık, sinirlilik, gerginlik, yorgunluk) gösterir. Kaygı kişinin sürekli kötü bir haber alacakmış gibi hissetmesidir. Nesnesi ve nedeni belli değildir. Kişi adeta uyanıkken kabuslar görür.

6-Öfke-Düşmanlık (HOS): 6 maddelik (11,24,63,67,74,81) bu alt test ,kızma, huzursuz olma,karşı koyma,düşmanlık,saldırganlık,sinirlilik,öfke hali,küskünlük gibi özellikleri vurgular.

7-Fobik Anksiyete (PHOB): 7 maddelik (13,25,47,50,70,75,82) bu alt test, bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisini yansıtır.

8-Paranoid Düşünce (PAR): 6 maddelik (8,18,43,68,76,83) bu alt test, yansıtıcı düşünceleri, düşmanlık, şüpheli, büyüklük ve merkeziyetçi düşünceleri, bağımsızlığı kaybetme korkusu ve sanrılar gibi düşünceleri yansıtır.

9-Psikotizm (PSY): 10 maddelik (7,16,35,62,77,84,85,87,88,90) bu alt test, içe kapanmayı, kendini yalnızlığa bırakmayı, tek başına sürdürülen yaşam tarzını yansıtır.

10-Ek Maddeler: 7 maddelik (19,44,59,60,64,66,89) bu alt test, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilgili belirtileri yansıtır.

Puanlaması:

Hiçbir yok cevabına puan verilmez.

Biraz cevabına.....1 puan

Orta derecede.....2 puan

Oldukça fazla.....3 puan

Çok fazla.....4 puan

Bireyin her alt test ile ilgili durumu, maddelere verilen sayısal yanıt değerleri toplamının o alt testteki madde sayısına bölünmesi ile belirlenir. Tüm alt testlerden alınan puanların toplanıp 90'a bölünmesi ile de "Genel Belirti Ortalaması" elde edilir.

Puanların Yorumlanması

Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yorumlanmasında,

0,000'dan -----1,50'ye kadar olan puanlar NORMAL

1,51 'den-----2,50 arasındakiler SORUN DÜZEYİ YÜKSEK

2,50 'den-----4,00 arasındakiler SORUN DÜZEYİ ÇOK YÜKSEK olarak kabul edilir.

3.4.Verilerin değerlendirilmesi

- Araştırmada elde edilecek her hastaya ait sürekli (yaş ve yaşam kalitesi ölçümleri), sıralı (tümör evresi) ve nominal (tedavi grupları, komplikasyon varlığı, eğitim ve medeni durumları) veriler bilgisayarda EXCEL veri tabanına kayıt edilmiş ve uygun istatistik paket programı ile analiz edilmiştir
- Tüm sürekli verilerin sonuçları "ortalama $\pm$ standart sapma" olarak verilmiştir.

- Erken ve geç dönem rekonstrüksiyon grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda Ki-kare test, Fisher's kesin ki-kare test, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.
- İki grup arasındaki yaş, boy, kilo ve beden kitle indeksi ortalamalarının karşılaştırmaları için student-t testi kullanılmıştır.
- İstatistiksel anlamlılık iki yönlü ve $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.5.Araştırmanın Etik Yönü

Örnekleme alınan hastalara araştırmanın amacı ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak, araştırmaya ancak gönüllü olmaları halinde katılacakları ve elde edilen bilgilerin sonuçlarının ancak kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatılarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onam alındı.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma Etik Kurulu'ndan ve Marmara Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'ndan gerekli onaylar alındı.

3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada yaşam kalitesini belirlemek için kullandığımız formlarındaki soruların subjektif olarak cevaplandırılması çalışmanın objektivitesini kısmi olarak etkilemiştir. Ancak bu tip araştırmalarda objektif ölçekleri kullanılabileceğinin bulunmadığı durumlar göz önüne alınmalıdır.

Araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz Marmara Üniversitesi Hastane'sinde 2002-2006 yılları arasında mastektomi uygulanmış yaklaşık 750 hasta bulunurken, bunlardan sadece % 8-9'una erken ve geç rekonstrüksiyon uygulanmış olup, bu oranlar Türkiye genelinde de yapılan rekonstrüksiyon sayılarına oldukça yakındır. Bu kadar az sayıda yapılan rekonstrüksiyonda kriterlerimize uyan örneklem grubuna oluşturmakta yaşanan sorunlar, araştırmanın bir diğer sınırlılığı olarak sıralanabilir.

4.BULGULAR

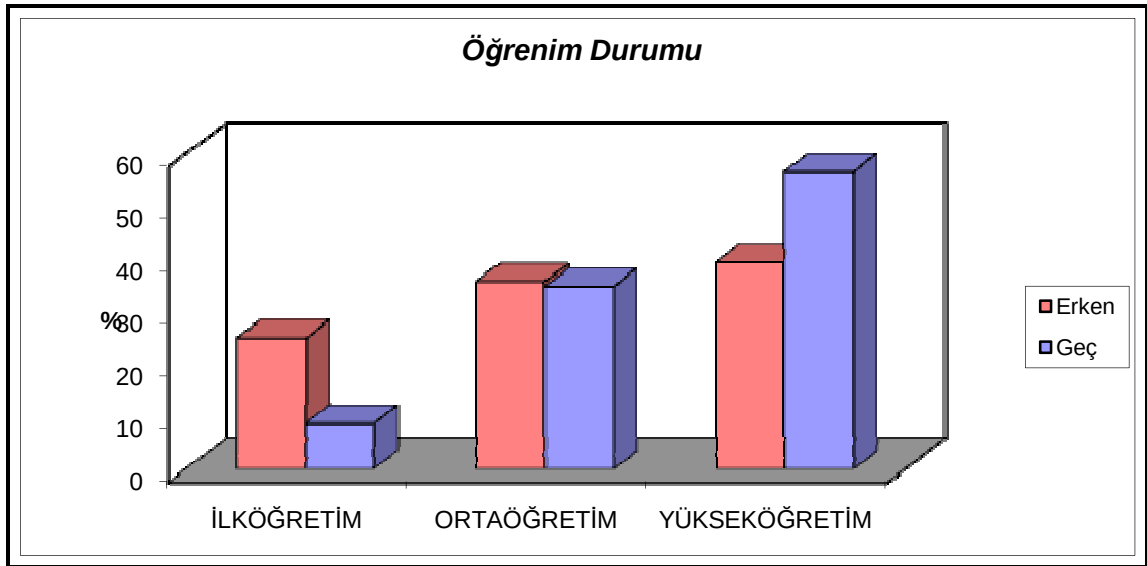
TABLO 4.1:Çalışmamızdaki Olguların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		ERKEN		GEÇ		TOPLAM		X ² p
		n	%	n	%	n	%	
ÖĞRENİM DURUMU	İLKÖĞRETİM	7	25.00	2	8.70	9	17.64	2.7 0.25
	ORTAÖĞRETİM	10	35.71	8	34.78	18	35.29	
	YÜKSEKÖĞRETİM	11	39.29	13	56.52	24	47.05	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
SAĞLIK GÜVENCESİ	VAR	25	89.29	22	95.65	47	92.15	*0.61
	YOK	3	10.71	1	4.35	4	7.85	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
MEDENİ DURUM	EVLİ	25	89.29	18	78.26	43	84.31	*0.44
	BEKAR	3	10.71	5	21.74	8	15.69	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
ÇOCUK SAYISI	YOK	9	32.14	7	30.43	16	31.37	0.36 0.83
	1	11	39.28	6	26.09	17	33.33	
	2+	9	32.14	10	43.48	19	37.25	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
İŞ DURUMU	ÇALIŞIYOR	12	42.86	9	39.13	21	41.17	*0.99
	ÇALIŞMIYOR	16	57.14	14	60.87	30	58.83	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
EKONOMİK DURUM	DÜŞÜK	4	14.29	2	8.70	6	11.76	3.20 0.20
	ORTA	10	35.71	14	60.87	24	47.07	
	YÜKSEK	14	50.00	7	30.43	21	41.17	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	

Eğitim durumlarına bakıldığında; erken meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastaların % 25'inin (n=7) ilköğretim, %35.71'inin (n=10) lise ve %35.29'unun (n=11) yüksek öğretim mezunu olduğu, geç meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastaların ise %8.70'inin ilköğretim (n=2), %34.78'inin (n=8) lise ve %56.52'sinin (n=13) yükseköğretim mezunu olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($X^2=2.70$ $p=0.25$).

Olgular sağlık güvencesi açısından incelendiğinde; erken meme rekonstrüksiyonu uygulanmış olanların %89.29'unun (n=25) sağlık güvencesinin olduğu; %10.71'inin (n=3) herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı, geç rekonstrüksiyonlu olguların ise % 95.65'inin(n=22) sağlık güvencesinin olduğu, %4.35'inin (n=1) ise bir güvencesinin olmadığı saptanmıştır ($p=0.61$).

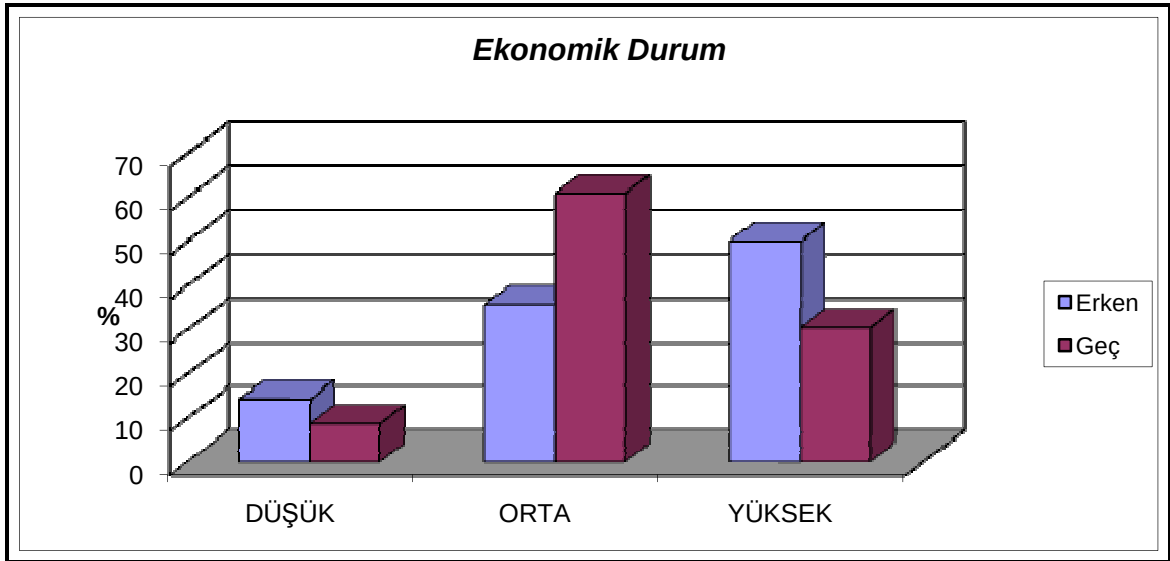
Kişilerin medeni durumlarına bakıldığı zaman; erken rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerin % 89.29 (n=25) evli, %10.71 (n=3) bekar, geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise % 78.26 (n=18) evli, % 21.74 (n=5) bekar olduğu görülmüştür ($p=0.44$).



Grafik 1: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Kişilerin Öğrenim Durumlarının Dağılımı.

Olgular iş durumlarına göre incelendiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %42.86(n=12)'sının, geç rekonstrüksiyonlu olguların %39.13 (n=21)'ünün çalıştığı; erken rekonstrüksiyon olmuş kişilerin %57.14 (n=14)'ünün, geç rekonstrüksiyonlu olguların % 60.87 (n=30)'sinin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiş olup, gruplar arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.99).

Araştırmaya katılan olguların ekonomik durumları incelendiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %14.29 (n=4)'unun düşük, %35.71(n=10)'inin orta, %50 (n=14)'sinin yüksek ekonomik seviyeye sahip olduğu; geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %8.70 (n=2)'inin düşük düzey, %60.87 (n=24)'ünün orta düzey, %30.43 (n=21)'ünün yüksek ekonomik seviyeye sahip olduğu bulunmuş olup, yapılan istatistiksel analizde çalışma grupları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($X^2=3.20$ p=0.20).



Grafik 2: Olguların ekonomik durumunun dağılımı.

Çalışma kapsamına alınan olguların yaş, boy, kilo ve beden kitle indeksi Tablo 2'de yer almaktadır. Yaş ortalamaları incelendiğinde; erken meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalarda 46.89 ± 8.26 , geç meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalarda ise 48.70 ± 6.64 olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (t=0.85 p=0.40).

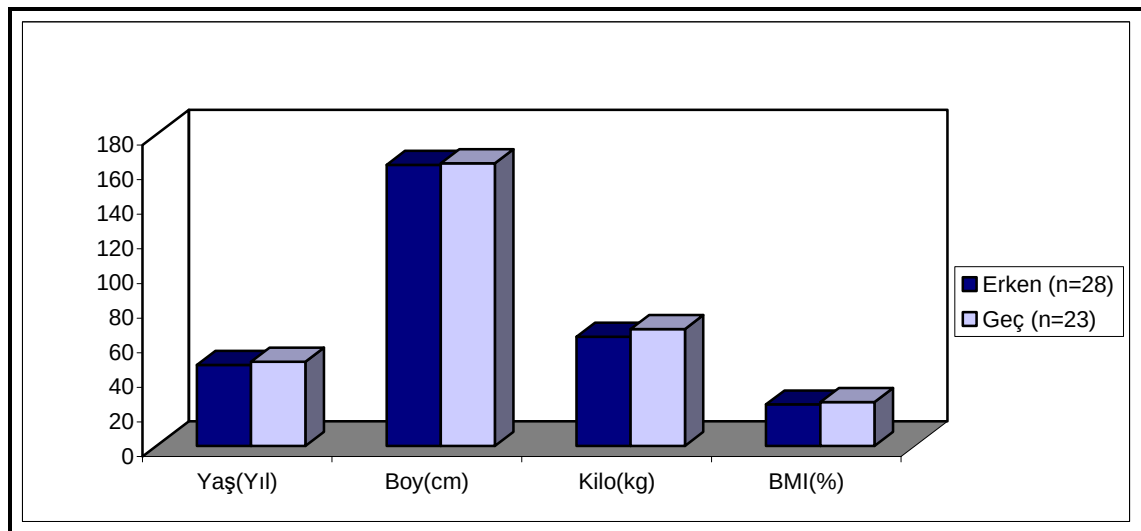
TABLO 4.2: Olguların yaş, boy, kilo ve beden-kitle indekslerinin karşılaştırılması

Özellikler	Erken (n=28)		Geç (n=23)		Anlamlılık	
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	t	P*
Yaş	46.89	8.26	48.7	6.64	0.85	0.40
Boy	162.46	6.39	163.35	4.09	0.57	0.57
Kilo	63.14	10.34	67.57	9.78	1.56	0.13
BMI	23.94	3.84	25.32	3.59	1.31	0.19

*** Student-t testi**

Olguların boy(cm) ortalamaları incelendiğinde; erken rekonstrüksiyonlularda boy ortalamalarının 162.46 ± 6.39 , geç rekonstrüksiyonlularda ise 163.35 ± 4.09 olduğu belirlenmiş olup yapılan istatistiksel değerlendirmede olguların boy ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($t=0.57$; $p=0.57$).

Rekonstrüksiyonlu olguların vücut ağırlıkları(kg) ortalamalarına bakıldığında; erken rekonstrüksiyonlu olguların ağırlık ortalamalarının 63.14 ± 10.34 , geç rekonstrüksiyonlu olguların ise 67.57 ± 9.78 olduğu belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında vücut ağırlığı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($t=1.56$; $p=0.13$).



Grafik 3: Olguların Yaş, Boy, Kilo ve Beden-Kitle İndekslerinin Dağılımı

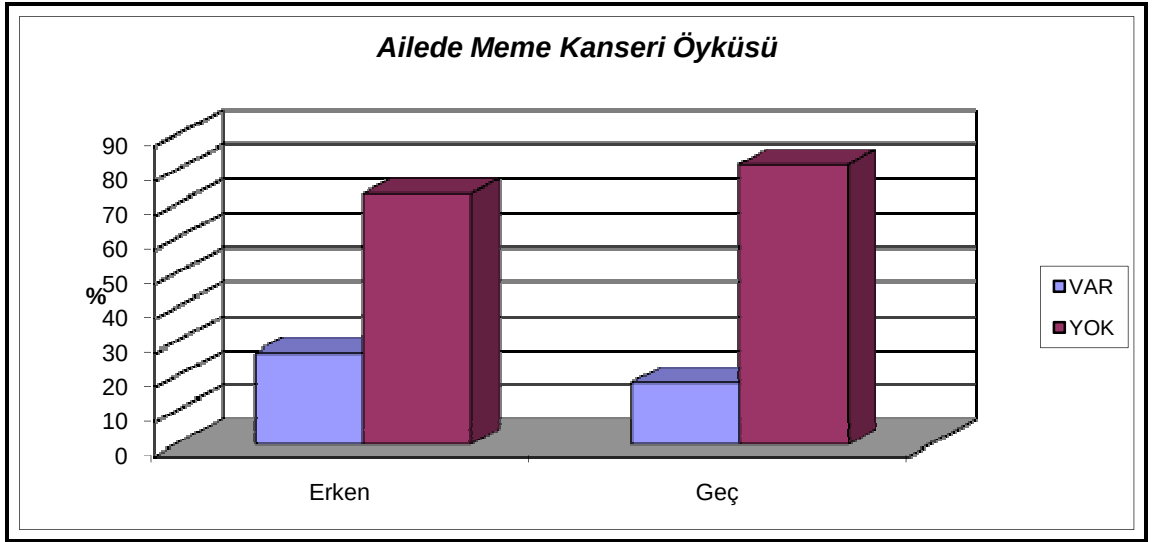
Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olguların beden kitle indeksi ortalamalarına bakıldığında zaman erken rekonstrüksiyonlu olguların indeks ortalamalarının 23.94 ± 3.84 , geç rekonstrüksiyonlu olguların da 25.32 ± 3.59 olduğu ve gruplar arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t=1.31$; $p=0.19$).

TABLO 4.3: Olguların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		ERKEN		GEÇ		TOPLAM		χ^2 p
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
ALKOL KULLANIMI	EVET	4	14.28	7	30.43	11	21.57	0.18
	HAYIR	24	85.72	16	69.57	40	78.43	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
AİLEDE KANSER ÖYKÜSÜ	VAR	9	26.92	5	18.18	14	27.45	*0.53
	YOK	19	73.08	18	81.82	37	72.55	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
SİGARA KULLANIMI	EVET	12	42.86	9	39.13	21	41.17	*0.99
	HAYIR	16	57.14	14	60.87	30	58.83	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	

Alkol kullanımına göre gruplar incelendiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %85.72 ($n=24$)'ünün alkol kullanmadığı, %14.28 ($n=4$)'ünün kullandığı; geç rekonstrüksiyonlu olguların %69.57 ($n=16$)'sinin alkol kullanmadığı % 30.43($n=7$)'inin ise kullandığı belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0.18$).

Araştırmaya alınan olguların ailede meme kanseri öyküsü incelendiğinde; erken rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin %32.14($n=9$)'ünün ailede kanser hikayesi olduğu, %67.86 ($n=19$)'sının olmadığı; geç rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin %21.74 ($n=5$)'ünün ailede meme kanseri öyküsü olduğu, %78.26 ($n=18$)'sının olmadığı saptanmış olup, yapılan istatistiksel incelemede anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p=0.53$).



Grafik 4: Ailede Meme Kanseri Öyküsü Dağılımı

TABLO 4.4: Olguların Sigara Kullanımına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	Erken		Geç		Anlamlılık	
	Ort.	SD	Ort	SD	t	p
Sigara Adedi	13.45	6.65	15.50	9.53	0.60	0.55
Sigara İçilen Yıl	21.79	8.55	18.64	7.68	0.95	0.35

Çalışma grubundaki olguların sigara kullanımı değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerin %42.86 (n=12)'sının sigara kullandığı, %57.14 (n=16)'ünün kullanmadığı; geç rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerin ise %39.13 (n=9)'ünün sigara kullandığı, %60.87 (n=14)'sinin kullanmadığı gözlenmiş ve istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p=0.99).

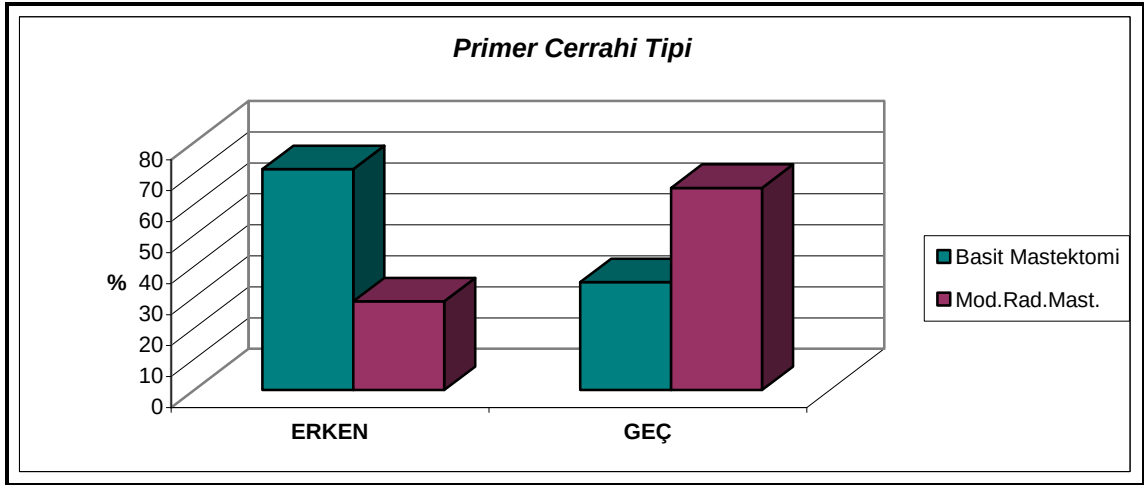
Çalışmamızda rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin sigara kullanımında günlük içilen sigara adedi ve kaç yıldır içtiği değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda sigara adedi ortalaması 13.45±6.65, içtiği yıl ortalaması ise 21.79±8.55 olarak belirlenmiştir. Geç rekonstrüksiyonlu kişilerin sigara adedi ortalaması 15.50±9.53, içtiği yıl ortalaması ise 18.64±7.68 olarak bulunmuş olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

TABLO 4.5: Olguların İlk Doğum ve Menarş Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	Erken			Geç			Anlamlılık	
	n	Ort.	SD	n	Ort	SD	t	p
İLK DOĞUM YAŞI	20	24.7	4.55	16	25.81	5.02	0.69	0.49
İLK ADET YAŞI	28	12.21	0.96	23	12.26	0.96	0.17	0.86

Hastaların ilk doğum yaşı incelemesinde; erken rekonstrüksiyonlu 20 kişide ilk doğum yaşının 24.7 ± 4.55 ve geç rekonstrüksiyon olan 16 kişide ise ilk doğum yaşı 25.81 ± 5.02 olduğu bulunmuş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($t=0.69$; $p=0.49$).

Araştırmaya katılan olguların ilk adet yaşı incelendiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların ilk adet yaşı 12.21 ± 0.96 , geç rekonstrüksiyonlu olguların ise 12.26 ± 0.96 olduğu saptanmış olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark görülmemiştir ($t=0.17$; $p=0.86$).



Grafik 5: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Olguların Primer Cerrahi Tiplerinin Dağılımı

Çalışma kapsamına alınan olguların hastalık ve tedaviye ilişkin durumlarında primer cerrahi tipi incelendiğinde; erken meme rekonstrüksiyonlu olguların %71.43'üne ($n=20$) basit mastektomi, %35.71'ine ($n=8$) modifiye radikal mastektomi uygulandığı; geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise %34.78'inin ($n=8$) basit mastektomi, %65.22'sinin ($n=15$) ise modifiye radikal mastektomi olduğu belirlenmiş olup, erken ve geç dönem arasında primer cerrahi tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.09$).

TABLO 4.6: Olguların Hastalık ve Tedavi Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

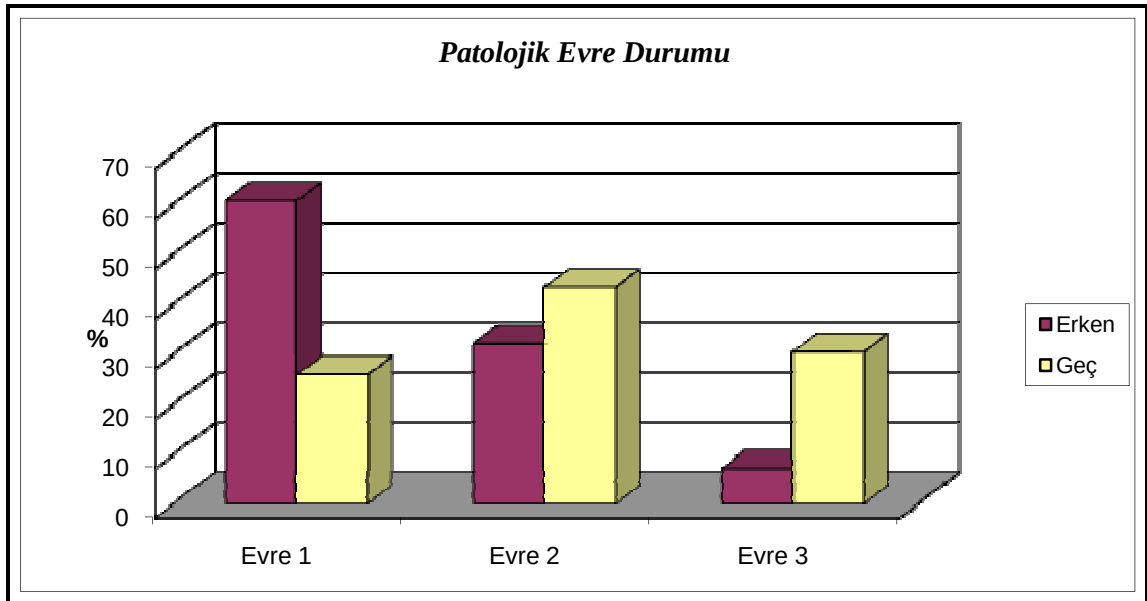
ÖZELLİKLER		Erken		Geç		Toplam		Anlamlılık	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Primer cerrahi tipi	Basit Mastektomi	20	71.23	8	34.78	28	54.90	8.84	0.009
	Mod.Rad.Mast.	8	28.57	15	65.22	23	45.10		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		
Lenf nodu biyopsisi	Evet	15	53.57	16	69.57	31	60.78		0.25*
	Hayır	13	46.43	7	30.43	20	39.22		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		
Rekonstrüksiyon tipi	Protez	20	71.43	12	52.17	32	62.74		0.24*
	Otolog doku	8	28.57	11	47.83	19	37.26		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		
Patolojik Evre	Evre 1	17	60.71	6	26.09	23	45.11	7.67	0.022
	Evre 2	9	32.15	10	43.48	22	43.13		
	Evre 3	2	7.14	7	30.43	6	11.76		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		
Cerrahi komplikasyon	Yok	26	92.86	19	82.61	45	88.24		0.19*
	Var	2	7.14	4	17.39	6	11.76		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		
Kemoterapi	Yok	13	46.43	12	52.17	25	49.02		0.80*
	Var	15	53.57	11	47.83	26	50.98		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		
Hormonoterapi	Yok	5	17.86	4	17.39	9	82.35		0.99*
	Var	23	82.14	19	82.61	42	17.65		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		
Radyoterapi	Yok	24	85.72	6	26.08	30	58.82		p<0,001*
	Var	4	14.28	17	73.92	21	41.18		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		
Radyoterapi Bölgesi	Göğüs duvarı	3	75.00	10	58.82	13	61.90		0,03*
	Rejyonel lenfatik	1	25.00	7	41.18	8	38.10		
	TOPLAM	4	100	17	100	21	100		
Radyoterapi Komplikasyonu	Yok	1	25.00	16	94.11	17	80.95		0.01*
	Var	3	75.00	1	5.89	4	19.05		
	TOPLAM	4	100	17	100	21	100		
Kol ödemi	Yok	24	85.72	14	60.87	38	74.51		0.05*
	Var	4	14.28	9	39.13	13	25.49		
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100		

- Fishers kesin-kikare

Kişilere yapılan rekonstrüksiyon tiplerine baktığımızda; erken rekonstrüksiyon yapılanların %71.43'üne (n=20) protez uygulandığı (silikon,expander protez), %28.57'sine (n=8) otolog doku uygulandığı (TRAM ve Latissmus Dorsi); geç rekonstrüksiyon olmuş kişilerin ise %52.17'sinin (n=12) protezle, %47.83'ünün (n=11) otolog doku ile rekonstrüksiyon olduğu saptanmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p=0,24).

Olguların hastalık özelliklerinden biri olan hastalığın evresi değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %60.71'inin (n=17) evre I, %32.14'ünün (n=9) evre II ve %7.14'ünün (n=2) evre III olduğu; geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %26,09'unun (n=6) evre I, %43.48'inin (n=10) evre II ve % 30.43'ünün (n=7) evre III olduğu görülmüş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2=7.67$ p=0.022).

Rekonstrüksiyon sonrası cerrahi komplikasyon açısından değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyon yapılanların %96.43'ünde (n=27) komplikasyon gelişmediği, %3.57'lik (n=1) bir oranda komplikasyonun olduğu; geç rekonstrüksiyon uygulanmış olanlarda ise %82.61'inde (n=19) herhangi bir komplikasyon gelişmediğini ve %17.39'unda (n=4) komplikasyon olduğu belirlenmiş olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede cerrahi komplikasyon açısından olgular arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(p=0,19).

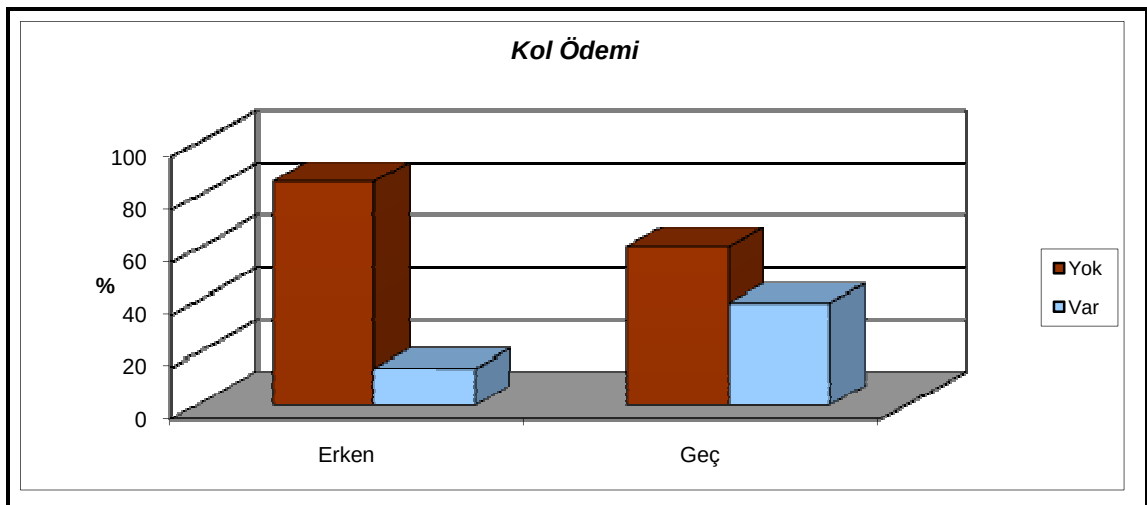


Grafik 6: Olguların Kanser Evrelerinin Dağılımı

Olguların hastalık süreçlerindeki aldıkları tedavileri açısından değerlendirdiğimizde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %53.57'sinin(n=15) kemoterapi, %82.14'ünün (n=23) hormonoterapi aldığı, %46.43'ünün(n=13) kemoterapi, % 17.86'sının (n=5) hormonoterapi almadığı; geç rekonstrüksiyonlu olguların ise % 47.83'ünün kemoterapi (n=13), % 82.61'inin(n=19) hormonoterapi aldığı, %52.17'si (n=15) kemoterapi, %17.39'u (n=4) ise hormonoterapi almadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p=0.80) (p=0.99).

Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olguların tedavi süreçlerinde aldıkları radyoterapiye ilişkin değerlendirmede; erken rekonstrüksiyonlu olguların %85.71'ine radyoterapi uygulanmadığı, %14.29'una radyoterapi uygulandığı, uygulanan kişilerin %75'inde komplikasyon geliştiği; geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise %26.08'inin radyoterapi almadığı, %73.91'inin tedaviyi aldığı ve alanların %5.0'inde radyoterapiye bağlı komplikasyon geliştiği belirlenmiştir. Radyoterapi uygulanmasında gruplar arası yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark görülmüştür (p<0,001)

Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olgularda ameliyat sonrası dönemde kol ödemi gelişmesi açısından baktığımızda, erken rekonstrüksiyonlu olguların % 14.29 (n=4) kol ödemi geliştiği, %85.71 (n=24) kol ödemi gelişmediği, geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise%39.13 (n=9) kol ödemi olduğu, %60.87 (n=14)kol ödemi olmadığı belirlenmiş olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p=0,05).

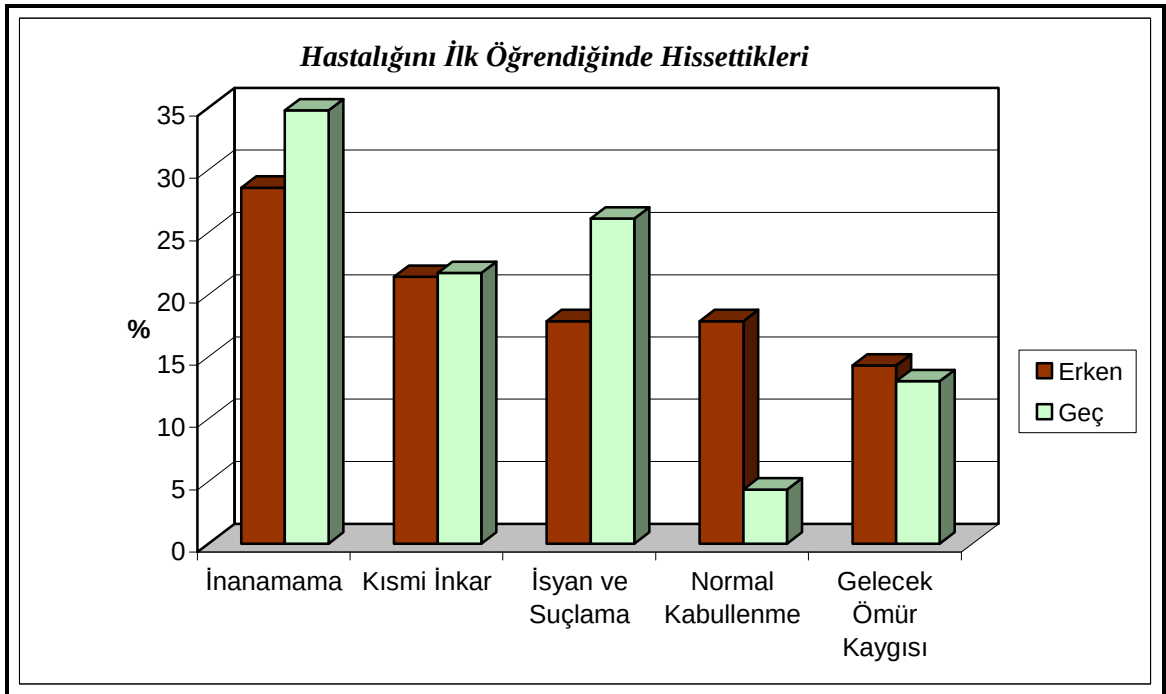


Grafik 7:Olgularda Gelişen Rekonstrüksiyon Sonrası Kol Ödeminin Dağılımı

TABLO 4.7: Olguların Hastalık ve Tedavisine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

		<i>Erken</i>		<i>Geç</i>		<i>Toplam</i>		<i>X² p</i>
		n	%	n	%	n	%	
<i>Hastalığı ilk öğrendiğinde hissettikleri</i>	İnanamama	8	28.57	8	34.78	16	31.37	2.52 0.64
	Kısmi İnkâr	6	21.43	5	21.74	11	21.56	
	İsyân ve Suçlama	5	17.86	6	26.09	11	21.56	
	Normal Kabullenme	5	17.86	1	4.35	6	11.76	
	Gelecek Ömür Kaygısı	4	14.29	3	13.04	7	13.72	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
<i>Mastektomi sonrası yaşanan travma</i>	Travma yaşamadım	5	17.86	1	4,35	6	11,76	4.84 0.30
	Psikolojik	11	39.28	13	56.52	24	47,05	
	Fiziksel	4	14.28	3	13.04	7	13.72	
	Sosyal	3	7.14	4	17.39	7	13.72	
	Ruhsal	5	17.86	3	13.04	8	15.69	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
<i>Gelecekteki sağlık için endişe duyma</i>	Hiç duymama	6	21,43	2	8,70	8	15,69	6.15 0.04
	Biraz duyma	19	67.86	12	52.17	31	60.78	
	Çok duyma	3	10.71	9	39.13	12	23.53	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
<i>Vücudundan memnuniyetsizlik duyma</i>	Hiç duymama	20	71.43	10	43.48	30	58.82	8.70 0.010
	Biraz duyma	7	25.00	5	21.74	12	23.53	
	Çok duyma	1	3.57	8	34.78	9	17.65	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	

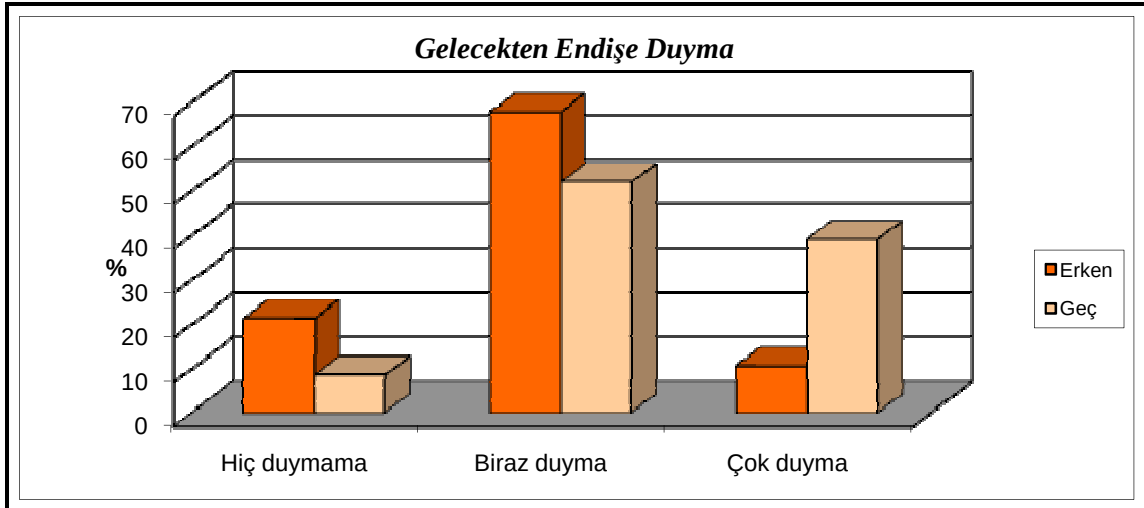
Çalışma kapsamına alınan olguların hastalığı ilk öğrendiklerinde hislerinin ne olduğuna bakıldığında; erken rekonstrüksiyonlu hastaların %28.57'sinin (n=8) inanmadığı, %21.43'ünün (n=6) inkar ettiği, %17.86'sının isyan ve suçlama duygusu yaşadığı, %17.86'sının (n=5) normal bir hastalık süreci gibi kabullendiği ve %14.29'unun (n=4) ise gelecek ömür kaygısı yaşadığı belirlenmiştir. Geç rekonstrüksiyonlu olguların %34.78'sinin (n=8) inanmadığı, %21.74'ünün (n=5) inkar ettiği, %26.09'unun (n=6) isyan ve suçlama duygusu yaşadığı, %4.35'inin (n=1) normal bir hastalık süreci gibi kabullendiği ve %13.04'ünün (n=3) ise gelecek ömür kaygısı yaşadığı belirlenmiştir ($X^2=2.52$ $p=0.64$).



Grafik 8: Olguların Hastalıklarını İlk Öğrendiklerindeki Hislerinin Dağılımı

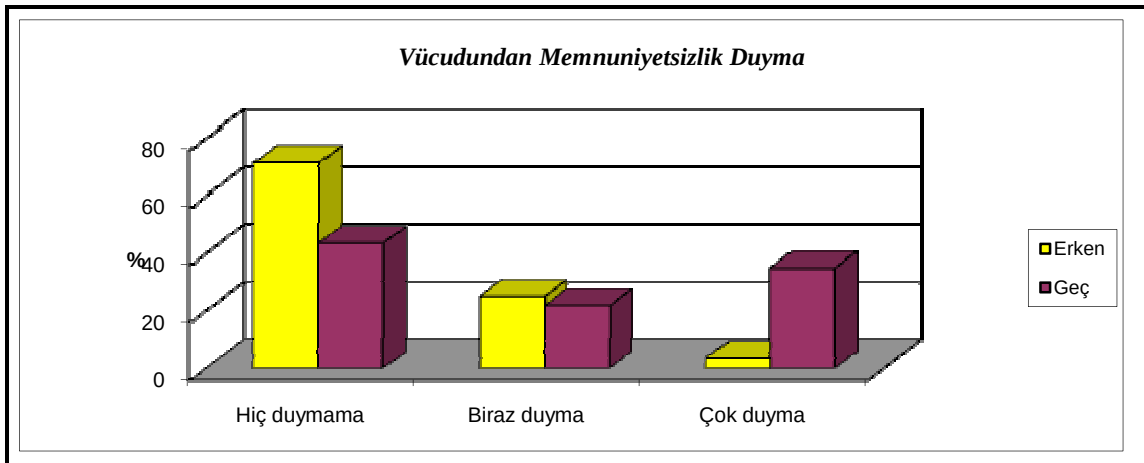
Olguların mastektomi ile birlikte yaşadığı travma değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %17.86'sının (n=5) normal kabul ederek travma yaşamadığı, %39.28'sinin (n=11) psikolojik, %14.28'inin (n=4) fiziksel, %7.14'ünün (n=3) sosyal ve %17.86'sının (n=5) ruhsal yönde travma yaşadığı belirlenmiştir. Geç rekonstrüksiyonlu olguların ise hastalığı %4.35'inin (n=1) normal kabul ederek travma yaşamadığı, %56.52'sinin (n=13) psikolojik, %13.04'ünün (n=4) fiziksel, %17.39'unun (n=4) sosyal ve %13.04'ünün (n=3) ruhsal yönde travma yaşadığı saptanmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($X^2=4.84$ $p=0.30$).

Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olguların **gelecekteki sağlığına yönelik endişeleri** değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda hiç diyenler %21.43 (n=6), biraz diyenler %67.86 (n=19), çok fazla diyenler ise % 10.71 (n=3) oranında bulunmuştur. Geç rekonstrüksiyonlarda hiç diyenler %8.70 (n=2), biraz diyenler %52.17 (n=12), çok fazla diyenler ise % 39.13 (n=9) oranında belirlenmiş olup, gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($\chi^2=6.15$ p=0.04).



Grafik 9: Olguların Gelecekteki Sağlığından Endişe Duyulmalarının Dağılımı

Rekonstrüksiyon sonrası vücutundan memnuniyetsizlik durumu değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda hiç diyenler %71.43 (n=20), biraz diyenler %25.00 (n=7), çok fazla diyenler ise %3.57 (n=1) oranında bulunmuştur. Geç rekonstrüksiyonlarda hiç duymadım diyenler %43.48 (n=10), biraz diyenler %21.74 (n=5), çok fazla diyenler ise %34.78 (n=8) oranında belirlenmiş olup, gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p=0.10).

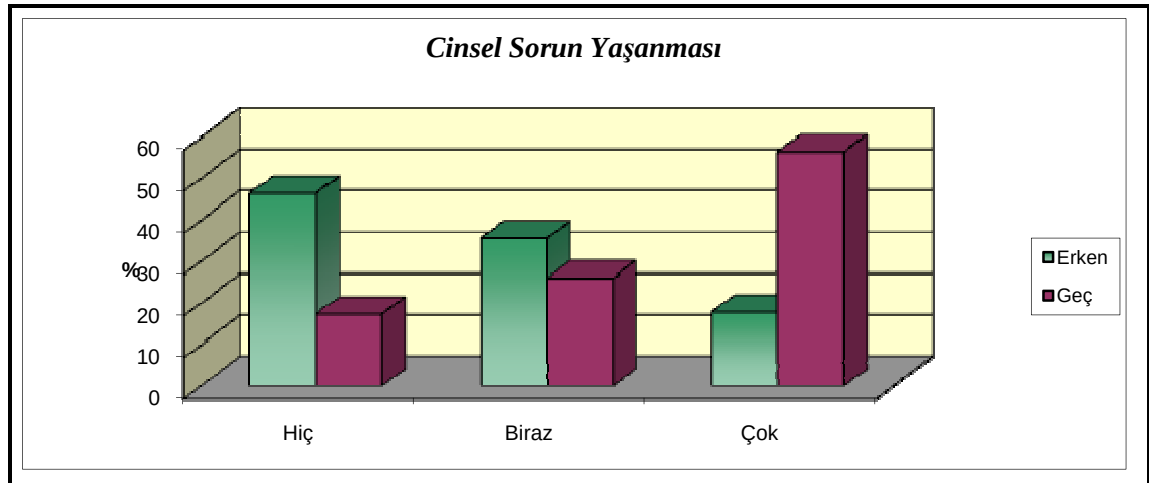


Grafik 10: Olguların Vücutlarından Memnuniyetsizlik Duymalarının Dağılımı

TABLO 4.8: Erken ve Geç Rekonstrüksiyon Yapılmış Kişilerde Cinsel Sorunların Karşılaştırılması

Cinsel Sorun Yaşanması	Erken		Geç		Toplam		X² p
	n	%	n	%	n	%	
Hiç	13	46.43	4	17.39	17	33.3	8.91 p=0.01
Biraz	10	35.71	6	26.09	16	31.4	
Çok	5	17.86	13	56.52	18	35.3	

Olguların yaşamış olduğu cinsel sorunlar değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %46.43(n=13)'ü hiç, %35.71(n=10)'i biraz, %17.86(n=5)'si çok; geç rekonstrüksiyonlu hastaların da %17.39(n=4)'ü hiç, %26.09(n=6)'u biraz, %56.52(n=13)'si çok fazla cinsel problem yaşadığını ifade etmişlerdir. Gruplar arası yapılan istatistiksel analizde geç rekonstrüksiyon yapılan hastaların daha fazla cinsel problem yaşadıkları saptanmış ve anlamlı fark bulunmuştur.(X²=8.91 p=0.01).



Grafik 11: Olguların Cinsel Sorun Yaşama Dağılımları

Cinsel sorun yaşama nedenlerinden biri olan kadınlık duygusunun kaybı değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin %10.71 (n=3)'i evet, %89.29 (n=25)'u hayır; geç rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin %43.48 (n=10)'i evet, %56.52 (n=13)'si hayır şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede geç rekonstrüksiyonlu olgularda kadınlık duygusunu kaybının daha fazla olduğu yönünde anlamlı bir fark saptanmıştır (X²=7.13 p=0.008) .

TABLO 4.9:Olguların Cinsel Sorun Yaşama Nedenlerinin Karşılaştırılması

Cinsel sorun yaşama nedenleri		Erken		Geç		Toplam		X² p
		n	%	n	%	n	%	
Kadınlık duygusunun kaybı	Hayır	25	89.29	13	56.52	38	74.51	7.13 p=0.008
	Evet	3	10.71	10	43.48	13	25.49	
	TOPLAM	28	54.90	23	45.10	51	100	
Cinsel isteğin azalması	Hayır	19	67.86	8	34.78	27	52.94	5.51 p=0.01
	Evet	9	32.14	15	65.22	24	47.06	
	TOPLAM	28	54.90	23	45.10	51	100	
Partnerin tutumu	Hayır	25	89.29	22	95.65	47	92.16	0.70 0.40
	Evet	3	10.71	1	4.35	4	7.84	
	TOPLAM	28	54.90	23	45.10	51	100	
Ağrı ve hassasiyet	Hayır	21	75.00	20	86.6	41	80.39	1.14 0.28
	Evet	7	25.00	3	13.04	10	19.61	
	TOPLAM	28	54.90	23	45.10	51	100	
Korku	Hayır	26	92.86	22	95.65	48	94.12	0.17 0.67
	Evet	2	7.14	1	4.35	3	5.88	
	TOPLAM	28	5.90	23	45.10	51	100	

Yapılan araştırmada cinsel istek kaybı değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %32.14 (n=9)'ü evet, %67.86 (n=19)'sı hayır; geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %65.22 (n=15)'si evet, %34.78 (n=8)'i hayır şeklinde cevaplamışlardır. Geç rekonstrüksiyonlu olgularda cinsel isteğin azalması daha yüksek bulunmuş olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($\chi^2=5.51$ p=0.01).

Kişilerin partnerlerinin tutumu sorgulandığında; erken rekonstrüksiyon yapılan kişilerin partnerlerinin %10.71(n=3)'ünün olumsuz, %89.29 (n=25)'u olumlu; geç

rekonstrüksiyon yapılan kişilerin partnerlerinin %4.35 (n=1)'i olumsuz,% 95.65(n=22)'i olumlu tutum ve davranışlar sergilemişler ve istatistiksel değerlendirme sonucunda anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2=0.70$ $p=0.40$) .

Hastaların ağrı ve hassasiyet değerlendirmesi yapıldığında; erken rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin %25 (n=7)'i ağrı ve hassasiyet hissettiğini %75 (n=21)'i hissetmediğini; geç rekonstrüksiyon uygulananların ise %13.04 (n=3)'ü ağrı ve hassasiyet hissettiğini, %86.96 (n=20)'sı hissetmediğini söylemiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ise anlamlı bir fark görülmemiştir ($X^2=1.14$ $p=0.28$) .

Araştırmaya katılan kişilerin cinsel korkularının değerlendirmesinde ise; erken rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin %7.14(n=2)'ü korku yaşadığını, %92.86(n=26)'sı ise herhangi bir korku yaşamadığını; geç rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin %4.35(n=1)'i korku yaşadığını, %95.65(n=22)'i ise bir korku yaşamadığını bildirmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.17$ $p=0.67$).

TABLO 4.10: Çalışmamızdaki Olguların Rekonstrüksiyon Kararlarının Karşılaştırılması

	<i>Erken</i>		<i>Geç</i>		<i>Anlamlılık</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>X²</i> <i>p</i>
<i>Bireysel tercih</i>	20	71.43	6	26.09	10.38 0.001
<i>Hekim önerisi</i>	8	28.57	17	73.91	
TOPLAM	28	100	23	100	

Çalışmamızda erken ve geç rekonstrüksiyonlu olguların rekonstrüksiyon zamanı ile ilgili kararları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyon uygulananların % 71.43'ünün (n=20) bireysel olarak tercih ettikleri ve aynı zamanda tıbbi açıdan herhangi bir kontrendikasyon bulunmadığı, % 28.57'sinin (n=8) ise hekimin önerisi ile karar verdikleri saptanmıştır. Geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %73.91'inin (n=17) tıbbi açıdan endikasyon oluşturması nedeni ile hekimin önerisi olduğu, % 26.09'nun (n=6) mastektomi ile eş zamanlı düşünmeyip daha sonra karar vermesine bağlı olarak uygulandığı belirlenmiştir ($X^2=10.38$ $p=0.001$) .

TABLO 4.11.Rekonstrüksiyon Sonrası Psikososyal Durumların Karşılaştırılması

PSİKO SOSYAL SORUNLAR		Erken		Geç		Toplam		Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	X ² p
Kadınlık Hissinin Kaybı	Evet	6	21.43	13	56.52	19	37.25	5.23 0.02
	Hayır	22	78.57	10	43.48	32	62.75	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
Beden İmajının Bozulması	Evet	11	39.29	19	82.61	30	58.82	8.07 0.04
	Hayır	17	60.71	4	17.39	21	41.18	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
Benlik Saygısının Azalması	Evet	7	25.00	16	69.56	23	45.10	8.40 0.03
	Hayır	21	75.00	7	30.43	28	54.90	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	
Ailesel/sosyal İlişkilerin Bozulması	Evet	10	35.71	14	60.87	24	47.06	2.27 0.13
	Hayır	18	64.29	9	39.13	27	52.94	
	TOPLAM	28	100	23	100	51	100	

Rekonstrüksiyon sonrası psikososyal sorunlardan biri olan kadınlık hissi kaybının değerlendirilmesinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %21.43'ü(n=6) geç rekonstrüksiyon olanların ise %56.52'si (n=13) his kaybından bahsetmiştir. Erken rekonstrüksiyon olanların %78.57'si (n=22), geç rekonstrüksiyon olanların %43.48'i(n=10) herhangi bir his kaybı yaşamadığını ifade etmiş olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=5.23$ p=0.02).

Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olgulara beden imajı açısından rekonstrüksiyon zamanının etkisi değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların %39.29'unun (n=11), geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %82.61'inin(n=19) beden imajının bozulmasına bağlı psikososyal sorun yaşadığı görülmüştür. Gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($X^2=8.07$ p=0.04).

Çalışma kapsamına alınan kişilerin benlik saygısının azalması sorusuna verdikleri cevapların değerlendirilmesinde, erken rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin %25'inin (n=7) geç rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin ise %69.56'sının(n=16) benlik saygısında azalma olduğunu belirtmişlerdir. Erken rekonstrüksiyonda %75'inin (n=21), geç rekonstrüksiyonda %30.43'ünün (n=7) benlik saygısında azalma yaşamadıklarını belirtmiş olup, yapılan istatistikse değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($\chi^2=8.40$ $p=0.03$).

Kişiler aile/sosyal ilişkileri bakımından değerlendirildiğinde, erken rekonstrüksiyonda %35.71'inde (n=10), geç rekonstrüksiyonda ise % 60.87'sinin(n=14) aile/sosyal ilişkilerinde sorun yaşadıklarını; erken rekonstrüksiyonda %64.29'unda (n=18), geç rekonstrüksiyonda ise % 39.13'ünde (n=13) aile/sosyal ilişkilerinde herhangi bir sorun yaşamadıkları saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=2.27$ $p=0.13$).

TABLO 4.12: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Olguların SCL-90 Belirti Tarama Listesinin Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

SCL-90	Erken			Geç			Anlamlılık	
	<i>Median</i>	<i>ort</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>ort</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>P*</i>
Somatizasyon	2	1.93	1.63	4	3.39	1.12	-3.39	0.001
Obsesif/kompulsif	1,5	1.68	1.62	2	2.17	1.75	-1.07	0.28
Kişiler arası duyarlılık	0	0.50	1.11	0	0.87	1.47	-0.65	0.51
Depresyon	2	1.71	1.08	3	2.70	1.49	-2.66	0.008
Anksiyete	1	1.25	1.38	3	2.65	1.64	-2.99	0.003
Hostilite	1	1.25	1.40	2	1.78	1.62	-0.65	0.23
Fobik anksiyete	0	0.86	1.27	0	0.57	1.04	-0.81	0.42
Paranoid düşünceler	0	0.14	0.76	0	0.17	0.83	-0.14	0.87
Psikotizm	0	0.25	0.93	0	0.52	1.24	-1.08	0.27
GSI	1,00	1.07	0.75	1,44	1.65	0.80	-2.60	0.009

*Mann Whitney U test

Cronbach's alfa değeri = 0.92

Erken ve geç meme rekonstrüksiyonlu olguların psikopatolojik durumlarını değerlendirmek için kullanış olduğumuz “ **Belirti Tarama Listesi**” SCL-90 ölçeği ile elde edilen puan ortalamalarına ilişkin bulgulara tablo12’de yer verilmiştir.

Kişilerin rekonstrüksiyon sonrası bugünkü yaşam kalitesini değerlendirdiğimizde; erken rekonstrüksiyonlu olguların **somatizasyon** puan ortalaması 1.93 ± 1.63 ile geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamasının 3.39 ± 1.12 olduğu görülmüş olup, yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmamıştır ($z=2.46$ $p=0.01$).

Olguların tekrar eden düşünceler ve suçlamayla karakterize edilen **obsesif-kompulsif** sendromlara baktığımızda; erken meme rekonstrüksiyonu uygulanmış kişilerin puan ortalaması 1.96 ± 2.32 iken geç rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerde puan ortalaması 2.91 ± 3.80 daha yüksek bulunmasına karşın yapılan değerlendirmede erken ve geç dönem arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($z=-1.0$ $p=0.32$).

Bireylerin kişiler arası ilişkilerinde rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtan **kişilerarası duyarlılık** sendromuna baktığımızda; erken olgularda puan ortalamalarının 0.68 ± 1.72 , geç olgularda ise 1.13 ± 2.34 olduğu tespit edilmiş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($z=-0.63$ $p=0.53$).

Kişilerin rekonstrüksiyon sonrası dönemde sağlığı ile ilgili yaşamış olduğu **depresyon** düzeyine ilişkin sonuçlarına bakıldığında; erken meme rekonstrüksiyonlu olguların depresyon düzeyi puan ortalamasını 1.71 ± 1.08 olup, geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamaları 2.70 ± 1.49 ’dur. Geç rekonstrüksiyonlu olguların depresyon düzeyleri erken rekonstrüksiyonlulara oranla daha yüksek bulunmuş olup, yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. ($z=2.66$ $p=0.008$)

Erken ve geç meme rekonstrüksiyonlu kişilerin **anksiyete** puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geç rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin anksiyete puan ortalamaları 2.65 ± 1.64 , erken rekonstrüksiyon yapılmış olanların ise 1.25 ± 1.38 bulunmuş olup,

yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($z= 2.99$ $p=0.003$).

Öfke, düşmanlık gibi bir semptomları içeren **hostilite** durumları incelendiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olgularda puan ortalaması 1.61 ± 2.20 , geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalaması ise 2.13 ± 2.22 bulunmuştır. Yapılan değerlendirmede aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görölmemiştir ($z=-1.06$ $p=0.29$).

Erken ve geç meme rekonstrüksiyonlu olguların **fobik anksiyete** ifadeleri açısından değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda puan ortalaması 1.04 ± 1.91 saptanmış olup, geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamaları ise 0.57 ± 1.04 bulunmuştır. Gruplar arası değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görölmüştür ($z= -0.81$ $p=0.42$).

Gruplar arasında **paranoid düşünceler** bakımından yapılan değerlendirmede; erken rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin puan ortalamaları 0.21 ± 1.13 ile; geç rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin puan ortalamaları 0.35 ± 1.67 arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($z= -0.17$ $p=0.87$).

Çalışmamızı oluşturan kişilerin **psikotizm** puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda 0.43 ± 1.77 , geç rekonstrüksiyonlarda 0.52 ± 1.24 olarak saptanmıştır. Gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görölmüştür ($z= -1.05$ $p=0.29$).

Araştırma kapsamına alınan olguların SCL R-90 ruhsal belirti ölçeğinin parametrelerinden olan **Genel Sağlık İndeksi**'nin değerlendirilmesinde; erken rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin puan ortalamaları 1.07 ± 0.75 geç rekonstrüksiyonlarda ise 1.65 ± 0.80 olarak belirlenmiş olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($z=2.60$ $p=0.009$).

TABLO 4.13: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Olguların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

SF-36	Erken			Geç			Anlamlılık	
	Median	ort	SD	Median	ort	SD	z	p
Fizik Fonksiyon	95	87.39	12.14	80	77.32	15,6	-2.52	0.01
Rol Fonksiyon (Fiziksel)	100	73.21	37.84	100	78.26	33,12	-0.28	0.78
Sosyal Fonksiyon	77.78	78.57	12.44	77.78	76.81	17.7	-0.183	0.85
Rol Fonksiyon (Emosyonel)	100	85.71	35.63	100	86.96	34.44	-0.127	0.89
Mental	76	71.71	21.47	76	70.26	19.18	-0.343	0.73
Zinde/Yorgun	70	66.96	20.52	70	71.96	17.5	-0.954	0.34
Ağrı	88.89	83.57	21.15	77.78	72.22	21.7	-2.092	0.03
Genel Sağlık	65	63.21	14.86	75	68.91	15.07	-1.681	0.09

*Mann Whitney U test

* Cronbach's alfa değeri=0,90

Çalışma kapsamına alınan kişilerin SF 36 sağlıkta yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinin değerlendirilmesi tablo 13'te yer almaktadır.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinden olan **fiziksel fonksiyon** durumları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonu yaşamış kişilerde puan ortalaması 87.39 ± 12.14 , geç rekonstrüksiyonu yaşamış kişilerde ise 77.32 ± 15.60 olarak tespit edilmiş olup, gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($z = -2.52$ $p = 0.01$).

Çalışma kapsamına alınan kişilerin **fiziksel rol fonksiyonlarına** bakıldığında zaman; erken rekonstrüksiyonlu olgularda puan ortalaması 73.21 ± 37.84 geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalaması ise 78.26 ± 33.12 olarak bulunmuştur. Gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($z = -0.28$ $p = 0.78$).

Yaşam kalitesi ölçeğinin de **sosyal fonksiyonların** gruplar arası puan ortalamaları incelendiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olgularda puan ortalaması 76.81 ± 17.40 , geç rekonstrüksiyonlu olgularda ise 78.57 ± 12.44 olarak bulunmuş olup, gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($z = -0.183$ $p = 0.85$).

Çalışmamızı oluşturan olguların **emosyonel rol fonksiyonları** puan ortalamaları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda 85.71 ± 35.63 geç rekonstrüksiyonlarda 86.96 ± 34.44 olarak bulunmuştur. Gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($z = -0.127$ $p = 0.89$).

Gruplar arasında **mental sağlığın** puan ortalamaları açısından yapılan değerlendirmede; erken rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin puan ortalamaları 71.71 ± 21.47 ile; geç rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin puan ortalamaları 70.26 ± 19.18 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($z = -0.343$ $p = 0.73$).

Erken ve geç meme rekonstrüksiyonlu olguların **zindelik/yorgunluk** durumları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda puan ortalaması 66.96 ± 20.52 saptanmış olup, geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamaları ise 71.96 ± 17.50 bulunmuştur. Gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($z = -0.954$ $p = 0.34$).

Yaşam kalitesi ölçeğinde olguların **ağrı** düzeylerine bakıldığında; erken rekonstrüksiyonlu olgularda puan ortalaması 83.57 ± 21.15 , geç rekonstrüksiyonlu olgularda ise 72.22 ± 21.70 olarak saptanmış olup, gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($z = -2.092$ $p = 0.03$).

Çalışmamızı oluşturan kişilerin **genel sağlık** durumları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda 63.21 ± 14.86 , geç rekonstrüksiyonlarda 68.91 ± 15.07 olarak saptanmıştır. Gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($z = -1.681$ $p = 0.09$).

TABLO 4.14: Erken ve Geç Rekonstrüksiyonlu Olguların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

EORTC QLQ-30	Erken			Geç			Anlamlılık	
	Median	ort	SD	Median	ort	SD	z	P*
	GENEL SAĞLIK							
Genel İyilik Hali	33.33	29.16	15.30	16.67	15.94	17.57	2.32	0.02
	FONKSİYONEL SKALA							
Fiziksel fonksiyon	9.33	88.70	8.15	73.33	80.95	9.02	3.26	P<0,001
Rol fonksiyon	100	89.13	16.37	100,00	90.48	15.33	-0.26	0.79
Ruhsal durum	9.67	8.68	19.44	75	79.46	15.13	2.97	0.03
Bilişsel durum	83.33	84.78	15.82	100	84.52	20.75	-0.29	0.77
Sosyal durum	100	91.07	18.42	100	85.51	20.9	-1.301	0.19
	SEMPATOM SKALA							
Yorgunluk	88.89	84.13	18.5	88.89	89.86	12.04	-0.997	0.31
Bulantı ve kusma	100	95.83	14.07	100	99.28	3.48	-0.873	0.38
Ağrı	100	85.71	19.62	100	86.23	17.15	-0.125	0.9
Dispne	100	100	0	100	100	0	**	**
Uyku bozukluğu	100	79.76	30.55	100	79.71	29.71	-0.033	0.97
İştah kaybı	100	97.62	8.74	100	97.1	9.6	-0.203	0.83
Konstipasyon	100	80.95	31.98	100	79.71	35.87	-0.035	0.97
Diyare	100	100	0	100	100	0	**	**
Finansal sorunlar	100	91.67	19.51	100	92.75	17.28	-0.086	0.93

** Analiz edilmemiştir.

*Mann Whiney U testi Cronbach's alfa değeri=0,72

Çalışma kapsamına alınan kişilerin *EORTC QLQ C 30* kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinin değerlendirilmesi tablo 14'te yer almaktadır.

EORTC QLQ C 30 kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin parametrelerinde genel sağlık durumu içerisinde yer alan **genel iyilik halinin** değerlendirilmesinde; erken rekonstrüksiyonu yaşamış kişilerde puan ortalaması 24.70±17.05 geç rekonstrüksiyonu yaşamış kişilerde ise 15.94±17.57olarak tespit edilmiş olup, gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir(z=2.32 p=0.02).

Kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin skalalarından olan Fonksiyonel Skala içerisinde fiziksel, emosyonel, bilişsel, sosyal ve rol fonksiyon yer almaktadır.

Erken ve geç meme rekonstrüksiyonlu olguların **fiziksel fonksiyonları** değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda puan ortalaması 88.70 ± 8.15 belirlenmiş olup, geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamaları ise 80.95 ± 9.02 bulunmuştur. Gruplar arası değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($z = 3.26$ $p < 0.001$).

Çalışmamızı oluşturan kişilerin **rol fonksiyonları** puan ortalamaları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda 89.13 ± 16.37 geç rekonstrüksiyonlarda 90.48 ± 15.33 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($z = -0.26$ $p = 0.79$).

Gruplar arasında **emosyonel fonksiyonların** puan ortalamaları açısından yapılan değerlendirmede; erken rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin puan ortalamaları 87.68 ± 19.44 ile geç rekonstrüksiyon yapılmış kişilerin puan ortalamaları 79.46 ± 15.13 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z = 2.97$ $p = 0.03$).

Kişilerin rekonstrüksiyon sonrası dönemde yaşamış olduğu **bilişsel sorunlar** düzeyine ilişkin sonuçlarına bakıldığı zaman; erken meme rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamasının 84.78 ± 15.82 olup, geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamaları 84.52 ± 20.75 'dir. Geç rekonstrüksiyonlu olgular ile erken rekonstrüksiyonlu olgular arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($z = -0.29$ $p = 0.77$).

Kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin parametrelerinden olan **sosyal fonksiyonları** değerlendirdiğimizde; erken rekonstrüksiyonu yaşamış kişilerde puan ortalaması 91.07 ± 18.42 geç rekonstrüksiyonu yaşamış kişilerde ise 85.51 ± 20.90 olarak tespit edilmiş olup, gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($z = -1.301$ $p = 0.19$).

EORTC QLQ C 30 kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin skalalarından olan semptom skala içerisinde yorgunluk, bulantı, ağrı, solunum güçlüğü, uyku sorunları, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve finansal sorunlar yer almaktadır.

Gruplar arasında yapılan değerlendirmede; erken rekonstrüksiyonlarda **yorgunluk** puan ortalaması 85.71±19.62 olup, geç rekonstrüksiyonda 86.23±17.15 olarak bulunmuştur ($z=-0.997$ $p=0.31$).

Bulantı semptomuna baktığımızda ise; erken rekonstrüksiyon olmuş kişilerde puan ortalaması 85.71±19.62 bulunurken geç rekonstrüksiyonlu kişilerde 86.23±17.15 olarak belirlenmiştir. Gruplar arası yapılan istatistiksel değerlendirmede yorgunluk ve bulantı semptomları için anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($z= -0.873$ $p=0.38$).

Çalışma grubumuzda sağlık yaşam kalitesi açısından önem taşıyan **ağrı** düzeyine ilişkin sonuçlarına bakıldığında zaman; erken meme rekonstrüksiyonlu olguların ağrı puan ortalamasının olup 84.13±18.50, geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamaları 89.16±18.50'dır. Geç rekonstrüksiyonlu olguların ağrı düzeyleri erken rekonstrüksiyonlulara oranla daha yüksek bulunmuş olup, yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($z= -0.125$ $p=0.9$).

Erken ve geç meme rekonstrüksiyonlu olguların **uyku sorunları** durumları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda puan ortalaması 79.76±30.55 saptanmış olup, geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamaları ise 79.71±29.71 bulunmuştur. Gruplar arası yapılan istatistiksel olarak değerlendirilmede anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($z= -0.033$ $p=0.97$).

Çalışmamızı oluşturan kişilerin semptom skalasında yer alan **iştah kaybı** puan ortalamaları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda 97.62±8.74 geç rekonstrüksiyonlarda 97.1±9.6 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($z= -0.203$ $p=0.83$).

Erken ve geç meme rekonstrüksiyonlu olguların **konstipasyon** durumları değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyon uygulananların puan ortalaması

80.95±31.98 saptanmış olup, geç rekonstrüksiyonlu olguların puan ortalamaları ise 79.71±35.87 bulunmuştur. Gruplar arası yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (z=-0.035 p=0.97).

Kişilerin ***finansal sorunları*** değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda 91.67±19.51 geç rekonstrüksiyonlarda 92.75±17.28 olarak belirlenmiştir. Gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (z= -0.086 p=0,93).

5. TARTIŞMA

Günümüzde kanser kişide yarattığı fiziksel, ruhsal ve sosyal travmayla hem kişisel hem de evrensel boyutta insanlığın önündeki en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Meme kanseri, dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görülen ve ölüme neden olan kanser türleri arasında üst sıralarda yer almaktadır. Meme kanseri konusunda son yüzyılda yapılan yoğun çalışmalar farklı tedavi seçeneklerini gündeme getirmiştir. Bu çalışmaların amaçlarından biri hastalarda en az mortalite ve morbiditeye yol açacak seçeneğin bulunması ve uygulamasının yaygınlaştırılmasıdır. Spesifik bir tedavi uygularken, genellikle sağ kalım oranları, tedaviye yanıt ve süresi değerlendirilir. Ancak tedavi değerlendirilirken amaçlardan biri de yaşam kalitesinin araştırılması olmalıdır. Yaşam kalitesi; *“yaşamın subjektif olarak bir bütün halinde değerlendirilmesi”* ya da *“hastaların olası veya ideal olarak algıladıklarına oranla o anki fonksiyonellik düzeylerini değerlendirmeleri ve bundan memnun olup olmadıklarını ifade eden bir yaklaşım”* olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesini araştırmak hastaların hastalığa ve tedavilerine verdikleri cevapların belirlenmesi, belirli bir tedavinin yaşam kalitesi üzerine yaptığı etki hakkında bilgi vermesi ve hasta için uzun dönem olabilecek tedavi alternatiflerini ön plana çıkarması bakımından yararlı olabilmektedir (104).

Araştırmaya katılan erken rekonstrüksiyonlu olguların %25'inin ilköğretim, %35,71'inin ortaöğretim, %39,29'unun yükseköğretim; geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %8,70'inin ilköğretim, %34,78'inin ortaöğretim, %56,52'sinin yükseköğretim mezunu olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo:1) ($p=0,25$).

Ülkemizde meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda, olgular ilköğretim grubunda yoğunlaşmakla birlikte yurtdışında yapılan çalışmalarda bu yoğunluğun %50'ler üzerinde yükseköğretim grubunda olduğu görülmektedir (63). Çalışmamızda öğrenim düzeylerine göre elde ettiğimiz veriler yurtdışı kaynaklı çalışmalarla paralellik göstermekte olup, eğitim seviyesinin yüksek olması bize bireylerin sağlık ve hastalığa ilişkin konularda olumlu sağlık davranışları geliştirebilme yetisine sahip olabileceklerini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılanların **sağlık güvencesi** incelendiğinde; erken rekonstrüksiyonlu kişilerin %89,29'unun, geç rekonstrüksiyonlu kişilerin ise %95,65'inin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (Tablo: 1) ($p=0,61$).

Türkiye'de 2003 yılı itibariyle nüfusun % 86,4'ü sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigorta kapsamında olanların % 15'i T.C. Emekli Sandığı'na, % 57,1'i Sosyal Sigortalar Kurumu'na, % 27,1'i Bağ-Kur'a, % 0,08'i özel sandıklara bağlıdır. Sosyal sigorta kapsamında olup sağlık sigortasından yararlananların genel nüfusa oranı ise % 85,4'dür (105).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar bu bilgilerle paralellik göstermekte olup, büyük çoğunluğun sosyal güvenceye sahip olmasını, sosyal güvencesi olanların sağlık kurumlarına daha fazla başvurması olarak değerlendirilebilir. Ayrıca araştırmada yer alan olguların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması, tedavi masraflarının getireceği anksiyetenin azalmasına bunun da yaşam kalitesine olumlu yönde etkisi olduğu şeklinde de yorumlanabilir.

Kişilerin **medeni durumlarına** bakıldığı zaman; erken rekonstrüksiyonlu olguların % 89,29'unun ($n=25$), geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise % 78,26'sının ($n=18$) evli olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında medeni durum açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo:1) ($p=0,44$).

Yapılan çalışmalarda kişilerin medeni durumları değerlendirildiğinde, evli olanların sayısının yüksek olduğu saptanmış olup, Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması'nın bulgularına göre ülkemizde ilk evlilik yaşı yıllar içinde hızla yükselmekle birlikte, nüfusun yarısından fazlası 20 yaşına kadar evlenmiş olmaktadır (76).

Literatürde meme kanseri teşhisi ve tedaviye uyumda sağlık bakım ekibinin yanı sıra aile ve özellikle partner desteğinin önemli olduğu belirtilmekte ve destek alan bireyin sürekli anksiyetesinin daha düşük olduğu vurgulanmaktadır (19).

Çalışmamızda rekonstrüksiyonun bekarlara oranla evlilerde daha fazla olması, aile içi ve sosyal ilişkilerin korunmasına ve yaşam kalitesinin olumlu yönde gelişmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılanların **çalışma durumları** incelendiğinde, erken rekonstrüksiyonlu olguların %42,86'sının, geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %39,13'ünün bir işte çalıştıkları saptanmıştır. Çalışma durumları açısından istatistiksel olarak değerlendirildiklerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo: 1) (p=0,99).

Çalışma kapsamına alınan kişilerin tamamının kadın olması ve yaş ortalamasının erken rekonstrüksiyon uygulananlarda $46,89 \pm 8,26$, geç rekonstrüksiyon uygulananlarda ise $48,70 \pm 6,64$ bulunması nedeni ile kişilerin çalışmama oranının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Erken rekonstrüksiyonlu kişilerin %67,85'inin, geç rekonstrüksiyonlu kişilerin ise %69,57'sinin **çocuk sahibi** olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta çocuk sahibi olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo:1) (p=0,83).

Türkiye’de doğum oranları son 25 yılda sürekli bir azalma göstermektedir. 1978 öncesinde 4,3 olan yıllık doğurganlık hızı 2000’li yıllardan itibaren 2,2’ye düşmüştür. Eğitimli ve çalışan kadınların daha az çocuk yapması doğum hızlarının düşmesinde etkili rol oynamaktadır. Türkiye’de doğurganlık 20-29 yaş grubunda yığılma göstermektedir. Kadınlar, 25 yaşında ortalama bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olmaktadır. Doğurganlık düzeyi 30 yaşından sonra hızla azalmakta, 40’lı yaşlarda da ihmal edilebilecek bir düzeye inmektedir (<http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: 20.01.2008).

Çalışmazdaki olguların çoğunluğunun tek çocuk sahibi olması, toplumdaki doğurganlık hızının düşmesinin yanı sıra araştırma kapsamında yer alan olguların büyük çoğunluğunun orta ve yüksek düzeyde eğitime sahip olmasının etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Erken rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin %85’i, geç rekonstrüksiyonlu kişilerin %91’i **ekonomik durumlarının** gereksinimlerini karşılamada yeterli olduğunu

belirtmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların ekonomik durumları açısından aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo:1) ($p=0,20$).

Wang ve ark.'nın çalışmalarında meme kanserli hastalarda temel endişe ve gereksinimleri sağlık, aile, mali durum, iş ve gelecek olduğunu belirtmişlerdir. Evli ve 50 yaşın altında olan kadınlar daha çok aile ile ilgili endişelere sahipken, yaşlı ve evli kadınlarda daha çok mali sorunların ön plana çıktığı belirlenmiştir. Bir başka çalışmada parasal sorunu olan kanser hastalarının yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları belirtilmiştir (19,68).

Çalışmamızdaki kişilerin ekonomik açıdan gereksinimlerini karşılamada yeterli bulunmaları, ekonomik durumundan kaynaklanan anksiyete yaşamayacaklarını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemeyeceğini düşündürmüştür.

Erken meme rekonstrüksiyonlu olguların **yaş** ortalamasının $46,89 \pm 8,26$ olduğu, geç olguların ise $48,7 \pm 6,64$ olduğu belirlenmiştir (Tablo: 2) ($p=0,40$).

Meme kanseri sıklığı yaşla yakından ilişkili olup, 30 yaşından önce ender rastlanmakta ve bu yaşı izleyen yıllarda ise hızlı bir tırmanış göstermektedir. Menopoz döneminde hafif bir düşüş eğilimine girmekle birlikte, menopoz sonrası yıllarda yavaş ve sürekli devam eden bir artış olduğu belirtilmektedir. Meme kanseri ile ilgili yapılan pek çok araştırmada hastaların yaş dağılımı alt sınırının 30-35 arasında değiştiği, üst sınırının ise 64-81 arasında olduğu belirtilmektedir (103).

Yapılan çalışmalarda mastektomi sonrası rekonstrüksiyon 65 yaş üzeri kadınlarda %1.3- %4.1 oranında uygulanırken genç kadınlarda bu oranın %18'lerde olduğu bildirilmektedir (106).

Çalışma grubumuzu oluşturan erken meme rekonstrüksiyonlu kadınların yaş aralığının 38-55, geç meme rekonstrüksiyonlu kadınların yaş aralığının ise 42-55 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ve yurtdışında meme kanseri ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösteren bu bulgumuzun erken ve geç rekonstrüksiyonlular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmaması gruplar arasında homojenliğin sağlandığını göstermektedir.

Olgular **beden kitle** endeksine göre değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların normal ($23,94 \pm 3,84$), geç olguların ise hafif kilolu ($25,32 \pm 3,59$) oldukları görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede olguların boy, vücut ağırlığı ve beden kitle endekslerine göre aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmesi gruplar arasında homojenliğin sağlandığını göstermektedir (Tablo: 2) ($p=0,19$).

Literatürde, Türkiye’de en çok görülen kanser türleri arasında olan meme kanserinde alkol ve sigaranın risk faktörleri arasında yer aldığı ve kullanan kadınların %41’inin ise bu hastalığa yakalanma riskinin olduğu belirtilmektedir (<http://www.bilgimerkezi.com/saglik/> Erişim tarihi: 16.01.2008)

Çalışmamızdaki olguların %21,57’sinin **alkol**, %41,17’sinin **sigara** kullandığı saptanmış olup, yapılan istatistiksel değerlendirmelerinde aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Bulgularımızda sigara kullanımının yüksek bulunması literatürde belirtildiği gibi sigaranın meme kanseri gelişimde risk faktörü olduğunu düşündürmüştür.

Olguların **ailelerinde meme kanseri** hikayesinin varlığı araştırıldığında, erken rekonstrüksiyonlu olguların %73,08’inin, geç rekonstrüksiyonlu olguların %81,82’sinin ailesinde meme kanseri olmadığı belirlenmiş olup, iki grup arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo:3) ($p=0,53$).

Literatürde ailesinde meme kanseri tanısı nedeniyle tedavi gören yakını olan bireylerin psikolojik açıdan olumsuz etkilendikleri ve kendilerinin de meme kanserine yakalanma riskinin yüksek olduğunu düşünmeleri nedeni ile anksiyete düzeylerinde artma görüldüğü bildirilmektedir (19). Çalışmamızda erken ve geç rekonstrüksiyonlu kişilerin ailelerinde meme kanseri öyküsünün her iki grupta benzer olarak düşük bulunması psikolojik düzeylerini etkileyebilecek bu değişken adına da rastlantısal olarak homojenliğin sağlandığını göstermektedir.

Olguların hastalık ve tedaviye ilişkin durumlarında **primer ameliyat tipi** incelendiğinde; erken meme rekonstrüksiyonlu hastaların %71,43’üne basit mastektomi,

%35,71'ine modifiye radikal mastektomi; geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise %34,78 'ine basit mastektomi, %65,22'ine ise modifiye radikal mastektomi uygulandığı belirlendi. Geç dönemde primer cerrahi tipinde modifiye radikal mastektominin erken rekonstrüksiyona göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü (Tablo:6) ($p=0,009$).

Meme kanserinde primer tedavi yaklaşımı tümörün cerrahi olarak çıkartılması ve patolojik olarak değerlendirilmesidir. Cerrahi girişimin şekli hastanın klinik durumuna, risk faktörlerine, tümörün lokalizasyonuna, tümörün büyüklüğüne, hastalığın klinik evresine ve hastanın tercihinine göre değişmektedir (18).

Büyük tümörü olan veya lokal ileri meme kanserli hastalarda, modifiye radikal mastektomi sonrası sıklıkla radyoterapi uygulanmakta bu durum rekonstrüksiyon alternatiflerini sınırlandırmaktadır (49,61).

Çalışmamızda elde etmiş olduğumuz bulgulara göre geç meme rekonstrüksiyonlu hastaların %65,22'sine modifiye radikal mastektomi (MRM) uygulanmıştır. Bulgularımızda MRM'nin geç rekonstrüksiyonda yüksek oranda bulunmasının nedeni mastektomi sonrası radyoterapi uygulanmasıdır. Erken rekonstrüksiyonun en temel kontrendikasyonu olarak değerlendirilen radyoterapi uygulaması geç rekonstrüksiyonun yapılmasını gerektirmektedir. Bunun amacı ise radyoterapiye bağlı olası rekonstrüksiyon komplikasyonlarına engel olmaktır (51).

Çalışmamızda mastektomi sonrası **radyoterapi** uygulanmasının geç rekonstrüksiyonlu olgularda (%73,92) erken rekonstrüksiyonlu olgulara (%14,28) göre daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir (Tablo:6) ($p<0.001$).

Radyoterapi meme kanserinin tedavisinde cerrahi ve sistemik tedavi ile birlikte tedavinin önemli bir modelini oluşturmaktadır. Hastalığın evresine bağlı olarak radyoterapi lokal yinleme riskini azaltmakta, sağ kalımı artırmakta ve semptom palyasyonu sağlamaktadır. Erken evre meme kanserinde meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi, tedavinin mutlak bir komponenti kabul edilmektedir. Daha ileri evre olgularda adjuvan radyoterapinin lokal yinleme riskini azalttığı ve aksilla metastazı yapmış olgularda sağ kalımı arttırdığı gösterilmiştir. Lokal ileri hastalıkta ise

neoadjuvan sistemik tedavi sonrası lokal kontrolün sağlanması için modifiye radikal mastektomi ile birlikte radyoterapiye mutlaka ihtiyaç duyulmaktadır (42,43,107).

Radyoterapinin lokal kontrolü arttırdığını gösteren ilk randomize çalışma 1949'da Paterson ve ark. tarafından gerçekleştirilmiş ve bu çalışmada mastektomi sonrası 1461 hasta radyoterapi uygulanan ve uygulanmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Çalışma sonucunda “radyoterapi lokal kontrolü belirgin olarak artırır ve hastanın lokal rekürrense bağlı ölüm riskini belirgin olarak azaltır” sonucuna varılmıştır. Herhangi bir çeşit mastektomiye radyoterapi eklenmesi, genel olarak % 30 oranında görülen rekürrens riskini % 7-10 düzeyine düşürmektedir (107,108).

Literatürde mastektomi sonrası radyoterapi uygulanmasının hızla arttığı ve konuyla ilgili olarak 6300 kişiden fazla hastanın katılımı ile en az 18 randomize çalışmanın olduğu belirtilmiştir. Aksilla lenf nodu pozitif olan kişilere cerrahi girişim olarak modifiye radikal mastektomi uygulandığı ve postmastektomi radyoterapi ile de lokal nüks riskinin azaltıldığı bildirilmektedir (64).

Günümüzde modifiye radikal mastektomi yapılmış ve adjuvan sistemik tedavi uygulanan hastaların 5 cm.'den büyük tümör, pektoral fasya invazyonu, T₄ tümör (deri veya toraks duvarı invazyonu), dörtten fazla ganglionda metastaz ve N₂₋₃ ganglion prezantasyonu söz konusu ise postoperatif radyoterapi tavsiye edilmektedir. Post mastektomi radyoterapi endikasyonu bulunan hastalar evre II ve III'ü oluşturmaktadırlar (109).

Mastektomi ile birlikte eş zamanlı rekonstrüksiyonun hastalara psikolojik olarak pek çok yarar sağladığı bilinmesine karşın, hastaların patolojik evre ve primer cerrahi tipine bağlı olarak radyoterapi gerekliliği geç rekonstrüksiyon seçeneğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda geç rekonstrüksiyonlu olgularda erken rekonstrüksiyonlu olgulara göre radyoterapi uygulamasının yüksek bulunması literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda erken rekonstrüksiyon sonrası dönemde dört kişiye radyoterapi uygulanmış ve üçünde **radyoterapiye bağlı komplikasyon** görülmüştür. Bu durum erken rekonstrüksiyon sonrası radyoterapi uygulanmasının kontrendike olduğunu ve

radıyoterapi uygulanması gerekiyorsa geç rekonstrüksiyonun daha uygun bir tercih olduğunu göstermektedir (Tablo:6) ($p=0.01$).

Günümüzde kanser tedavisindeki gelişmeler tedavi seçeneklerini arttırmakta, tedaviler kombine, yoğun ve daha uzun bir zaman dilimine yayılarak yapılmaktadır. Uygulanan sistemik tedaviler sağ kalım oranlarını yükseltmekte ve kanserin tekrarlama riskini azaltmaktadır. Aynı zamanda kemoterapi, hormonoterapi, radyoterapi ve cerrahi gibi farklı tedavi formlarının birçok yan etkiyi de beraberinde getirmesi ile bu hastaların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği literatürde bildirilmektedir (19).

Mastektomiden sonra adjuvan radyoterapi gerekebilecek olgularda erken rekonstrüksiyon daha sorunlu olabilmektedir, çünkü radyoterapi kozmetik sonucu olumsuz etkileyebilmekte ve komplikasyon riskini arttırabilmektedir. İmplantla meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda ameliyat sonrası radyoterapi uygulanması implantla ilişkili yabancı cisim reaksiyonları ve komplikasyon riskini arttırmaktadır. Ascherman ve ark. göre, implant ve meme rekonstrüksiyonunun yalnızca erken rekonstrüksiyon olgularında değil radyoterapi sonrasında yapılsa da hem yan etki riskini arttırmakta, hem de kozmetik sonuç daha kötü olmaktadır (66).

Otolog doku ile yapılan rekonstrüksiyonlarda ise ameliyat sonrası radyoterapi uygulanması komplikasyonları arttırmamakta ve tedaviyi olumsuz yönde etkilememektedir. Yalnızca deride hiperpigmentasyon, radyoterapiden sonra kemoterapi yapılan hastalarda daha fazla olmaktadır (49,66).

Javaid ve ark. konu ile ilgili yayınları değerlendirerek yaptıkları çalışmada, meme rekonstrüksiyonu sonrasında radyoterapi yapılan hastalarda kozmetik sonucun olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşmışlardır. Buna göre radyoterapi alacak hastalarda geç rekonstrüksiyon daha iyi bir seçenek olmaktadır (66). Dickson ve Shark (110), doku genişletici ile implant rekonstrüksiyonu yapılmış ve göğüs duvarına radyoterapi almış hastalarda genel olarak %70 komplikasyon oranı, Barreau-Ponhauer ve ark.(111) da yaklaşık 30 kat lokal başarısızlık oranı bildirmişlerdir. Komplikasyonlar arasında nekroz gelişimi, yara iyileşmesinde bozulma ve enfeksiyonla birlikte %30 oranında implant kaybı bildirilmektedir (66).

Çalışmamızda geç rekonstrüksiyonlu olgularda mastektomi sonrası uygulanan, radyoterapiye bağlı olarak görülen komplikasyon oranı oldukça düşük bulunmuştur. İleri evre meme kanserinde mastektomi sonrası radyoterapi uygulanması nedeni ile geç rekonstrüksiyon yapılmaktadır. Erken rekonstrüksiyonda uygulanan adjuvan radyoterapi implant ve otojen doku hasarına neden olduğu bulgularımızla görülmesinin yanı sıra literatür bilgisi ile de paralellik sağlamaktadır.

Çalışmamızda erken rekonstrüksiyonda **cerrahi komplikasyon** görülme oranı (%7,14) geç rekonstrüksiyonlu olgulardan (%17,39) daha düşük bulunmuş olup, görülen komplikasyonlar arasında genellikle ağrı, ödem ve enfeksiyon yer almaktadır (Tablo:6) (p=0.19).

İmplant rekonstrüksiyonu sonrası lokal komplikasyon insidansı otolog flep rekonstrüksiyonlarına oranla daha azdır. Erken komplikasyonlar hematoma oluşması, deride nekroz, enfeksiyon ve ağrıdır. Kemoterapi ve radyoterapi gibi adjuvan tedaviler yara iyileşmesini geciktirebilmektedir. Geç komplikasyonlar ise implant rejeksiyonu, lenf ödem, hareket kısıtlılığı ve kapsül kontraktürü olarak sıralanabilmektedir (52).

Çalışmamızda erken ve geç rekonstrüksiyonlu olgularda cerrahi komplikasyonun düşük bulunması; implant kullanımının daha fazla olması nedeni ile rekonstrüksiyon sonrası gelişebilecek komplikasyonun otolog dokuya oranla daha az görüldüğünü düşündürmektedir.

Çalışmamızda erken rekonstrüksiyonlu olguların %30,77'sinde, geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %69,23'ünde **kol ödemi** görülmüş olup, gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo:6) (p=0,05).

Kol ödemi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik majör komplikasyonlardan biridir. Kolda ödem gelişimine katkı sağlayan faktörler arasında, kanser tedavisinde uygulanan ameliyatın şekli, çıkarılan ve etkilenen lenf nodunun sayısı, radyoterapi ve kemoterapi yer almaktadır. Aksiler nod diseksiyonu veya radyoterapi yapılan bütün hastalarda lenf ödem gelişime riski bulunmaktadır. Sadece mastektomi ve aksiler

diseksiyon sonrası % 2-5 oranında görülen kol ödeminin radyoterapi eklenmesiyle görülme sıklığının %20-30'lara kadar çıktığı bildirilmektedir (16,63,109).

Kebudi ve ark.'nın çalışmasında aksiler lenf nodu tutulumu olmayanlarda kol ödemi %2.9 olarak görülürken, N₁ düzeyindeki tutulumda %11.5, N₂ düzeyindeki tutulumda ise %9.5 olarak bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada MRM uygulanan hastalarda radyoterapi uygulanması, kol ödemi gelişmesi bakımından belirgin bir risk faktörü oluşturduğu ifade edilmiştir (112).

Çalışma sonuçlarımızda geç rekonstrüksiyonlu kişilerde kol ödeminin aksiler diseksiyon ve radyoterapi uygulamasına bağlı olarak daha fazla görüldüğü düşünülmekte ve literatür bilgisi ile uyum göstermektedir.

Çalışmamızda erken rekonstrüksiyonlu olguların %28,57'sine geç rekonstrüksiyonlu olguların ise % 47,83'üne **otolog doku** kullanılarak rekonstrüksiyon uygulandığı, ancak her iki grupta **implantın** otolog dokuya oranla daha fazla kullanıldığı belirlenmiştir (Tablo:6) (p=0,24).

Literatürde meme rekonstrüksiyonu planlanırken hastanın genel sağlık durumu, vücut yapısı ve psikolojik durumunun iyi değerlendirilmesinin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Belli bir tipte rekonstrüksiyona karar vermede hasta seçimine etki eden diğer faktörlerden biri de kas-deri flebinin yapısında yer alacak kasın durumudur (70).

Alderman ve ark.'nın yaptığı çalışmada implant/protez ve otolog doku ile yapılan rekonstrüksiyonda kadınların genel ve estetik açıdan memnuniyeti değerlendirilmiştir. Birinci yılında estetik açıdan memnuniyetin TRAM ile yapılan rekonstrüksiyonun implantlara göre daha yüksek olduğu ve ikinci yılında da aynı şekilde devam ettiği, genel memnuniyet açısından ise aralarında çok belirgin farklılıkların olmadığı saptanmıştır. Fakat TRAM yapılan hastaların free TRAM ve pediküllü TRAM arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır (113).

Veiga ve ark. çalışmalarında, memnuniyetin spesifik parametreleri tanımlanmamakla birlikte genel olarak otolog doku ile yapılan rekonstrüksiyonda memnuniyetin daha fazla olduğunu bildirmektedirler (114).

Çalışmamızdaki olguların **rekonstrüksiyon tiplerine** baktığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Kişilere uygulanan rekonstrüksiyon tiplerine karar verilirken kişinin sağlık durumu ve vücut yapısı göz önüne alınarak uygulandığı düşünülmektedir. Ayrıca demografik özellikler açısından gruplar arasında homojenlik görülmesinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı kanısına varılmıştır.

Olguların hastalık özelliklerinden biri olan **hastalığın evrelendirilmesinde** erken rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerin %60,71'inin (n=17) evre I; geç rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerde ise %26,09'unun (n=6) evre I olduğu görülmüş olup, yapılan değerlendirmede erken ve geç rekonstrüksiyonlu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo:6) (p=0,02).

Meme rekonstrüksiyonu ideal olarak erken evre meme kanseri olan hastalarda uygulanmalıdır. Bu hastaların hem hastalıksız ve sağ kalım süreleri daha uzun, hem de adjuvan tedavi ihtiyacı daha azdır. Radyoterapi ve kemoterapi uygulamaları herhangi bir rekonstrüksiyonun kozmetik sonucunu etkileyebildiği gibi rekonstrüksiyonun kendisi de adjuvan tedavilerin zamanlamasını veya uygulama planını değiştirebilmektedir (12,18).

Erken evre meme kanseri olan ve iyi prognoz gösteren hastalarda, meme rekonstrüksiyonu istenilen bir durumdur ve eğer hastalığın kendisi anestezi riskini etkilemiyorsa, lokal hastalığın genişliği veya sistemik hastalık bir kontrendikasyon değildir. Diffüz metastatik hastalığı olanlar rekonstrüksiyon için uygun olmayıp, soliter metastatik hastalığı olanlarda rekonstrüksiyon düşünülebilmektedir (56,66)

Literatürde daha ileri evre (evre II ve III) meme kanserli hastalarda uygulanan rekonstrüksiyonun psikolojik açıdan yararları belirtilmektedir. Bu hastaların prognozu kötü olmakla birlikte, rekonstrüksiyonun psikolojik olarak olumlu etkisinin olduğu bildirilmektedir. Rekonstrüksiyonla vücut imajı iyileştirilerek bu kısıtlı süre içerisindeki yaşam kalitesi arttırılabilmekte ve hastayı motive ederek kansere karşı mücadelede yardımcı olabilmektedir (57,66).

Birkaç çalışmada, rekonstrüksiyonun lokal nüksün saptanmasını etkilemediği ve rekonstrüksiyon yapılmayan benzer evredeki hastalarla karşılaştırıldığında hastalısız sağkalım ve genel sağkalım sürelerinin de aynı olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç, hem erken hem de geç rekonstrüksiyon için doğru olmakla birlikte her iki tipte de genel sağkalım süreleri eşittir (66,115).

Hastalığın evresi genel olarak meme rekonstrüksiyonu için kontrendikasyon değildir. Hasta ile birlikte son kararı verirken, bazen kararın hastanın tıbbi durumundan çok, psikososyal durumu göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu süreçte çok fazla objektif kriter olmaması nedeni ile onkolojik ve plastik cerrahlar dengeli bir karar vermek zorundadırlar. Bu sırada her zaman hastanın güvenliği ve istekleri öncelikli olmalıdır (49,56,66).

Erken evre meme kanserli hastalara mastektomi ile eş zamanlı meme rekonstrüksiyonun tercih edildiği bir çok çalışmada gösterilmiş olup, bizim çalışmamızda da erken rekonstrüksiyon yapılan olguların %60,71'inin erken evre meme kanseri olması literatür bilgisi ile uyumluluk göstermektedir.

Kişilerin ***hastalığı ilk öğrendiğinde hislerine*** yönelik yapmış olduğumuz değerlendirme, inanamama, kısmi inkar ve kızgınlık gibi ruhsal tepkiler yaşadıkları saptanmıştır (Tablo:7) (p=0,64).

Meme kanseri fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi açıdan bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir hastalık olup, bir kadının hayatı boyunca yaşayabileceği en büyük travmalardan biridir. Meme kanserine yakalanan kadın, bunu ilk öğrendiğinde; inkâr etme, öfke, gizleme ihtiyacı gibi değişik ruh hallerine girebilmektedir. Ancak en büyük üzüntüyü kanser nedeniyle memesinin alınması gerektiğinde yaşamaktadır (4,5,13,90).

Kessler, yeni meme kanseri tanısı alan hastalarda yaşam kalitesinin daha ciddi düzeyde etkilendiği ve önemli düzeyde psikolojik stres ve uyum sorunları yaşadıklarını bildirmiştir. Meme kanseri tanısı ile yaşam süresi ve hastalık evresinin, yaşam kalitesini hafif düzeyde negatif yönde ve yaşamdan memnuniyeti orta düzeyde etkilediği ifade edilmektedir (116).

Mastektominin hasta üzerindeki etkisi, hastanın kişisel başa çıkma stiline, sorumluluklarına ve destek sistemlerine bağlıdır. Bazı kişiler kanser teşhisini kabul etse bile, önemini küçümsemekte ve bu durum devam ederse tedaviyi reddeder hale gelebilmektedir (56) .

Çalışmamızda her iki grupta ***hastalığı ilk öğrendiğinde verdiği*** tepkilerin benzer bulunması göz önüne alındığında, kişilere uygulanabilecek tedavi seçeneklerinin farklı olmasına karşın, hastalığın teşhisine verilen tepkilerin aslında insanın hayat boyu karşısına çıkan türlü sıkıntılara, önemli sorunlara verdiği tepkilerden farklı olmadığını ortaya koymaktadır.

Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olguların ***gelecekteki sağlığına yönelik endişeleri*** değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonda %10,71'inin, geç rekonstrüksiyonda ise %39,13'ünün gelecekteki sağlığından çok fazla endişe duydukları belirlenmiş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo:7) (p=0,04).

Meme kanseri tanısı konmuş kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, belirsizliğin gelecekte ne olacağını bilememekten, güven duyamamaktan, şüpheli bir yaşam içinde olmaktan kaynaklandığı belirtilmiştir (73).

Literatürde belirsizlikle ilgili değişkenler arasındaki bağlantıların tam olarak saptanmasının çoğu zaman güç olabileceği; belirsizliğin stres, psikososyal uyum sorunları ve negatif duygu durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu; ümit, beklenti, amaç, baş etme becerisi ve yaşam kalitesiyle de ters ilişkili olduğu belirtilmektedir (73).

Çalışmamızda geç rekonstrüksiyonlu kişilerde ***gelecekteki sağlığına ait endişe*** ve belirsizlik düzeyinin yüksek olması, kişinin tedavisi süresince yaşadığı psikososyal sorunlara bağlı olarak geliştiği ve bu durumun da yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki yarattığını düşündürmüştür.

Çalışmamızda geç rekonstrüksiyonlu olguların %34,78'inin erken rekonstrüksiyonlu olguların ise %3,57'sinin vücudundan çok fazla ***memnuniyetsizlik duydukları*** belirlenmiştir (Tablo:7) (p=0,01).

Yapılan pek çok çalışmada kişinin ameliyat sonrası **memnuniyetinin**, ameliyat öncesi yaşadığı depresyon ve anksiyete düzeylerine bağlı olduğu gösterilmektedir. Geç rekonstrüksiyon uygulanan hastalarda mastektomi sonrası aylarca devam eden psikolojik sorunlar rekonstrüksiyonun takibinde görülebilmektedir. Bu ruhsal sıkıntı ve karamsarlık durumu kişilerde memnuniyetsizliği oluşturmaktadır. Hastaların memnuniyetleri kişisel faktörlere bağlıdır. Ancak pre-operatif dönemde hastalara verilecek detaylı bilgi ve uygulanacak tedavi şeklinin belirlenmesine aktif katılma durumları da hasta memnuniyetini etkilemektedir (9,94,117).

Preoperatif dönemde hastalara ameliyat ve sonrası dönemde yaşamları konusunda ayrıntılı bilgi verilerek, hastaların beklentileri gerçekçi bir düzeye getirilebileceği gibi, bu operasyon için sosyo-kültürel olarak uygun hasta popülasyonu belirlenebilmelidir (56,94).

Sheen ve ark.nın meme rekonstrüksiyonu uygulanmış (erken-geç) 123 hastada yapmış oldukları çalışmalarında, hastaların %27.6'sında hafif %19.5 'inde ise yüksek düzeyde memnuniyetsizliğin yaşandığını, nedenlerinin ise bilgi eksikliği ve artmış anksiyete olduğu bildirilmiştir (118).

Al-Sarabki ve ark . çalışmalarında meme kanserli hastalarda mastektomi sonrası uygulanan erken meme rekonstrüksiyonunda morbiditenin düşük, hasta memnuniyetinin ise çok yüksek düzeyde yaşandığı, Naidu ve ark.'nın çalışmasında da rekonstrüksiyon yapılan memede skar oluşumu, büyüklüğü ve simetrisi bakımından erken rekonstrüksiyonda memnuniyetin daha fazla olduğu bildirilmiştir (58,119).

Isern ve ark.'nın İsveç'te 1995-2003 yılları arasında yapmış olduğu çalışmada mastektomi sonrası erken rekonstrüksiyon uygulanmış 54 hastanın estetik açıdan memnuniyetleri, komplikasyonları, anksiyete ve depresyon düzeyleri değerlendirilmiştir. Ortalama 42 ay sonrasında (7-99 ay) hastalarının memnuniyet oranlarının yüksek, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ise düşük olduğu saptanmıştır (17).

Literatürde erken rekonstrüksiyon yapılmış kişilerde psikolojik morbiditenin ve fiziksel çekicilikte azalmanın daha az olduğu, dolayısı ile vücudundan daha fazla

memnuniyet duyduğu bildirilmiştir. Rowland ve ark. ise mastektomi ile rekonstrüksiyon arasındaki süre uzatıldığında kozmetik sonuçlarla ilgili memnuniyetin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (11).

Bulgularımızda geç rekonstrüksiyonlu olguların, erken rekonstrüksiyonlu olgulara göre vücudundan daha fazla memnuniyetsizlik duymasının mastektomi sonrası görülen psikososyal travmanın rekonstrüksiyon yapılmış olmasına karşın hala devam etmesine bağılı olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca erken olguların %71,43'ünün, geç olguların ise %43,48'inin kozmetik olarak vücutlarından hiç memnuniyetsizlik duymamalarının nedeni, erken olgularda memesizliğin hiç yaşanmaması, geç olgularda ise mastektomin yarattığı beden imajındaki bozukluğa göre memenin yeniden şekillenmesindeki değışikliğin algılanması olarak yorumlanabilir.

Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olguların *cinsel yaşamlarına* bakıldığında; erken rekonstrüksiyonlu olguların %17,86'sında, geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %56,52'sinde cinsel sorunların daha fazla yaşandığı, nedenleri arasında en fazla oranın cinsel isteğin azalması ve kadınlık duygusunun kaybı olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo:9).

Beden imajı, kişilerin kendi fiziksel özelliklerine bakışlarını gösteren çok boyutlu, subjektif ve dinamik bir kavramdır. Negatif beden imajı düşük benlik saygısına, depresyona, sosyal anksiyete, sürekli bedende ve görünümle uğraşmaya ve cinsel yaşamda sorunlara neden olmaktadır (120).

Meme kanseri olan ve mastektomi uygulanan hastaların cinsellik, beden imajı, benlik saygısı ve yaşam kalitelerine yönelik yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; bu hastaların büyük çoğunluğunda cinsellik ile ilgili olarak fiziksel cazibenin kaybedilme korkusu, ağırı yaşama korkusu, seksüel isteksizlik ve cinsellik yaşama konusunda endişe duyma gibi sorunlar yasadıkları ve yaşam kalitelerinin etkilendiğı bulunmuştur. Moris ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada, mastektomiden iki yıl sonra bile hala bu problemlerin devam ettiğini belirtmişlerdir (86,91).

Meyer ve Aspergen tarafından yapılan bir çalışmada meme ameliyatı geçirmiş kadınların %24'ü sekse karşı ilgilerinin azaldığını, %17'si memesine dokunulmasından

kaçınmak ve karanlıkta birleşme gibi memeleriyle ilgili cinsel alışkanlık değişimi olduğunu bildirmişlerdir. Burwell ve ark. mastektomi sonrası yaşanan cinsel sorunlarının nedenini, beden imajının bozulması ve cinsel isteğin azalması ile açıklamıştır. Ancak ameliyat sonrası rekonstrüksiyon uygulamasının beden imajı algısını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Beden imajının korunması kadının cinsel istek, çekicilik duyguları ve cinsel doyumunu artırmada olumlu etkileri bulunmaktadır. Erken rekonstrüksiyonun kadında bu olumlu etkileri sağlayarak, yaşanabilecek sorunları en aza indirdiği ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (90,121).

Lyod'n yapmış olduğu bir çalışmada ise bazı kadınlar meme başlarının yokluğu ile duygusal kayıp ve vücut bütünlüğünü hissetmede sorun yaşadıklarını, bununda cinsel sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir (57).

Yapılmış birçok çalışmada mastektomi sonrası kadınlarda beden imajının bozulduğu ve cinsel isteğin azaldığının belirtilmesi, geç rekonstrüksiyon uygulanan kişilerde cinsel sorunun daha fazla yaşandığını saptamış olduğumuz bulgumuzu desteklemektedir (36,57,86,90,91).

Çalışmada rekonstrüksiyonun, **kadınlık hissi, beden imajı ve benlik saygısı** gibi psikososyal etkileri değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonun geç rekonstrüksiyona oranla olgular üzerinde olumlu etkilerinin daha fazla olduğu, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır (Tablo:11).

Meme kanserinde uygulanan ameliyat tiplerinin beden algısı, benlik saygısı, cinsel işlevler ve eş uyumuna etkilerini araştıran yeterli randomize kontrollü çalışma bulunmamakla birlikte bazı çalışmalarda meme rekonstrüksiyonunun bu açılardan total mastektomiye üstün olduğunu, bazılarında ise anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmektedir (122).

Ganz ve ark. 1998, Levy ve ark. 1992, Schover ve ark. 1995, Reaby ve Hort 1995, Rowland ve ark. 2000, Harcourt ve ark. Al- Ghazal ve ark. primer meme kanseri tedavisinde kozmetik sonuçların ruhsal ve sosyal açıdan etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, yapılan ameliyatın kozmetik sonuçlarının iyi olduğu hasta grubunda anksiyete-depresyon, beden algısı, benlik saygısı ve cinsellik ile kozmetik sonuçlar

arasında anlamlı bir ilişki gözlediklerini belirtmişlerdir. Al-Ghazal ve ark.2000 yaptıkları başka bir çalışmada, meme kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanan meme koruyucu ameliyat, total mastektomi ve total mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarının psikolojik etkilerini ve hasta memnuniyetini araştırmış beden algısı, benlik saygısı, depresyon-anksiyete, cinsel doyum açısından en iyi sonucu meme koruyucu ameliyatların verdiğini, bunu meme rekonstrüksiyonunun izlediğini, bu bağlamda meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmanın en önemli bulgularından biri de benlik saygısının meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalar ile sağlıklı kontrollerde, total mastektomi uygulanmış hastalara göre daha yüksek çıkmış olmasıdır. Benlik saygısı en yüksek olan grup meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hasta grubudur. Bu bulgu ameliyat tipinin benlik saygısını olumsuz yönde etkileyeceğini savunan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (13,50,122).

Arıcan ve ark.'nın yaptığı çalışmada mastektomi sonrası kadınların yaşam kalitesinin vücut imajı ve psikoseksüel açıdan olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir (90).

Montebarocci ve ark.'nın çalışmalarında mastektomi uygulanmış kişilerin preoperatif, postoperatif ve 6 ay sonrasında beden imajı ve anksiyete düzeyleri değerlendirildiğinde, kişilerin bu süreçte beden imajının bozulmasından duydukları memnuniyetsizlik ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Hatta bu durumun geç rekonstrüksiyon yapıldığında bile devam ettiği belirtilmiştir (123).

Al-Ghazal ve ark.'nın farklı tiplerde rekonstrüksiyon uygulanmış 121 hastada, erken rekonstrüksiyonun psikolojik avantajlarını ortaya çıkarmak için yapılan retrospektif çalışmada, erken dönem rekonstrüksiyon uygulanan kişilerde anksiyete ve depresyon düzeyleri düşük; beden imajı, benlik saygısı, kadınlık hissi, cinsel aktivite ve memnuniyet derecesi oldukça yüksek bulunmuştur (8).

Çalışmamızdaki kişilerin rekonstrüksiyonun **psiko-sosyal** etkilerinde **benlik saygısı, beden imajı, cinselliği, kadınlık hissi ve sosyal ilişkileri** açısından erken rekonstrüksiyonun kişilere olumlu yönde yarar sağladığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirten benzer çalışmalarla uyum göstermektedir (8,50,90,123).

Çalışmamızda kişilerin rekonstrüksiyon zamanı için **tercih sebeplerinde** erken rekonstrüksiyonda bireysel kararın (%71,43) geç rekonstrüksiyonda ise tıbbi endikasyonun (%73,91) daha yüksek oranlarda olduğu görülmektedir (Tablo:10) (p=0,001).

Literatürde geçmişte hastaların karar verme aşamasında hekime tam bir sorumluluk yükledikleri ve kendileri adına bir karar aldırma eğiliminde oldukları günümüzde ise hastaların artık doktorlarına eskisi kadar bir bağımlılık sergilemediği ve hastanın tahammül edilebilir pasifliğinin yerini iddiacılık aldığı bildirilmektedir Ancak bazı hastaların “doktor en iyisini bilir” yargısından yola çıkan koruyucu bir yaklaşım gösterdiği ve doktorun önerisinin hasta için en iyi seçenek olduğuna ilişkin eğilimleri de devam etmektedir (56).

Burada tedavi seçenekleri hakkında bir tercih yapılabilmesi için, hastaya yeterli bilgi verilmesi, son kararın hastaya bırakılması ve doktorun karar verme aşamasında doğrudan yer almamaya özen göstermesi gerekmektedir (13,56,64).

Araştırmamızdaki olguların ameliyat öncesi rekonstrüksiyon hakkında tüm detaylı bilgiye sahip oldukları, beklentilerini ifade edebildikleri ve bilgilendirmeye dayalı bir tercih yaptıkları düşünülmektedir (55,56,64).

Erken ve geç rekonstrüksiyonlu kişilerin psikopatolojik durumlarını değerlendirmek için kullandığımız **SCL-R 90** semptom belirleme ölçeğinde **somatizasyon, anksiyete, depresyon ve genel sağlık indeksi** puan ortalamalarının geç rekonstrüksiyonda yüksek olduğu ve erken rekonstrüksiyona göre sorunların daha fazla yaşandığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede erken ve geç rekonstrüksiyon arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo:12).

Somatizasyon psikolojik sorunların bedensel bulgular biçiminde yaşanması ve iletilmesi olarak tanımlanmaktadır. Somatizasyonla ilişkili olan ya da onu belirleyen etkenlerle ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Beden duyularını abartılı algılama da nispeten yeni olarak gündeme gelen bir başka etkidir Kişi zayıf ve nadir beden duyularına odaklanarak onların bir hastalık habercisi olduğunu düşünür. Bu bağlamda depresyon ve anksiyetenin de somatizasyonu tetiklediği düşünülmektedir (124,125).

Roth ve ark.nın çalışmasında geç rekonstrüksiyonlu hastalarda görülen anksiyete ve **somatik** yakınmaların yüksek olmasının nedenini, hastalarının beden imajının bozulmasına ve kanserin rekürrensine bağlı korkuya bağlamıştır (94).

Çalışmamızda geç rekonstrüksiyonlu olgularda (3.39 ± 1.12) somatizasyonun erken rekonstrüksiyonlu olgulara (1.93 ± 1.63) göre daha yüksek bulunması, geç rekonstrüksiyonda anksiyete ve depresyonun daha fazla görülmesinden kaynaklı olduğunu düşündürmekte ve bulgularımız literatür bilgisi ile uyum göstermektedir.

Mastektominin psikolojik etkisi üzerine çok sayıda çalışma olmasına karşın, rekonstrüksiyon cerrahisinin etkileri konusunda kesin kanıtlar bulunmamaktadır. Ancak mastektomiye meme koruyucu cerrahi ile karşılaştıran çalışmalar bu konuda (bir miktar) bilgi verebilmektedir. Genel olarak meme kanseri tanısı konulduğunda hastanın stresi oldukça yükselmekte ve daha sonra **anksiyeteye** ve ikincil olarak **depresyona** dönüşüm görülmektedir. Oluşan psikolojik morbiditelerin bir kısmı zamanla kendiliğinden normale dönerken, bazı kadınlarda bu sorunlar meme cerrahisi sonrasında da uzun süre devam etmektedir. Sorunların büyük bir kısmı meme kaybına uyum sağlayamama, vücut imajında değişiklik, cinsel işlevler ve kadınlık duygusunun algılanmasıyla ilgilidir (57).

Anksiyete çoğu zaman bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunaltıdır. Literatürde de belirsizlik ile anksiyete arasındaki ilişkiden söz edilmektedir (85).

Yapılan çalışmalarda, kanserli hastalarda uyum bozukluğu, **depresyon** ve **anksiyete** bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bildirilmiştir. Massie ve Holland kanser hastalarında ruhsal bozuklukları belirlemek için yaptığı çalışmada %45-58 arasında değişen depresyon oranı bildirilmiştir. Meme kanserli kadınlarla yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu hastalarda da bazı psikososyal sorunların görüldüğü saptanmıştır. Soygür ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada meme kanserli hastaların %72.9'unda uyum bozukluğu, %27.1'inde majör depresyon olduğu saptanmıştır (84,90).

Beser ve ark. yapmış olduğu bir araştırma sonuçları, yaş, cinsiyet, medeni durum, alınan ilaç ve hastalıkları ile ilgili düşüncelerinin **anksiyete-depresyon** düzeylerini etkilememesi, hastaların demografik özelliklerinden bağımsız olarak kanserin doğrudan kendisinin hastanın anksiyete-depresyon yaşamasına neden olabileceğini düşündürmüştür. Kanser olmanın verdiği korku, bireyin yaşamına ve bedenine karşı kontrol kaybı, rol kaybı ve ümitsizlik hastaların anksiyete yaşamasına ve depresyona girmesine neden olmaktadır. Ayrıca, tedavinin uzun sürmesi ve yan etkilerinin semptomları artırması hastaların anksiyete-depresyon düzeyinin artmasına neden olmaktadır (85).

Meme kanserli hastalarda tanı ile birlikte yaşanan ruhsal sorunlar mastektomi ile daha da artmaktadır. Birçok çalışmada mastektomi sonrası yapılan erken rekonstrüksiyonun hem psikolojik, hem de kozmetik olarak daha iyi sonuçlar verdiği belirtilmiştir. Bu durumda hastalar, özellikle memenin yok olması kavramını hiç yaşamamaktadır. Schain ve ark. erken meme rekonstrüksiyonu yapılan kadınlarda, geç rekonstrüksiyonlulara oranla daha az **anksiyete ve depresyon** geliştiğini, bu kadınların tanıyı daha rahat kabullendiklerini saptamışlardır (8,56,93,117).

Lansky ve ark.'nın çalışmasında, psikiyatrik **depresyona** göre kanser hastalarındaki depresyonlarda insomnia, iştah bozukluğu, kilo kaybı gösterdikleri, anksiyete, çaresizlik ve gelecekle ilgili kaygıları daha fazla hissettikleri bildirilmektedir. Bu çalışmada kanser hastalarındaki depresyonlarda daha fazla ağrı ve fiziksel performansta daha fazla bozulma bildirilmiştir ([http:// www.kanser ve depresyon/htm](http://www.kanserve depresyon/htm) Erişim tarihi:22.01.2008).

Masellis ve ark. hem obsesyonların, hem de **depresif** belirtilerin yaşam kalitesi üzerinde bağımsız etkilerinin olduğunu bulmuşlardır. Obsesif düşünceler **anksiyete** uyandıran, kişinin sahip olmaktan utandığı, kişiliğine ve moral değerlerine aykırı olarak algıladığı, kişinin kendisini küçük görmesi olarak algılanmasına neden olan türden düşüncelerdir. Bu olumsuz duygular, azalmış benlik saygısı ve azalmış bilişsel yetiler kişinin psikolojik sağlığında yaşam kalitesini düşük olarak algılamasına yol açmaktadır (78).

Cassileth ve Steinfeld mastektomiden sonra bazı kadınların **depresyona** girdikleri ya da kızgınlık tepkisi geliştirdiklerinden, aile ve arkadaşlarından geri çekileceğini, duygusal gerileme olacağını ve bazen de eşine ve ailesine suçlamalarda bulunabileceğini belirtmişlerdir. Dean ve Hopwood mastektomi sonrası görülen ruhsal bozuklukların daha çok minor duygulanım bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir (90,92).

Rosenqvist ve ark.'nın erken rekonstrüksiyonun psikolojik ve kozmetik sonuçlarını inceleyen çalışmasında, geç meme rekonstrüksiyonu uygulanan hastalara göre erken rekonstrüksiyonu tercih eden kadınların psikolojik profillerinde olumlu yönde farklılıklar olduğu saptanmıştır (56).

Çalışmamızda **SCL-R-90** psikopatolojik belirtileri değerlendirmek için kullandığımız ölçekten elde edilen verilerde geç rekonstrüksiyon uygulanan kişilerin anksiyete, depresyon, somatizasyon ve genel sağlık indeksi semptom düzeyleri erken rekonstrüksiyon uygulananlara oranla yüksek bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlılık olduğu saptandı. Ayrıca gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın obsesif-kompulsif belirti düzeyleri geç rekonstrüksiyonlu olgularda daha yüksek bulundu. Obsesif-kompulsif belirtilerin yüksek olması anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmasına etkisi olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamız erken rekonstrüksiyonun hastalara psikolojik olarak yarar sağladığını, geç rekonstrüksiyon uygulanmasının ise kişilerde depresyon ve anksiyete düzeylerinde yükselmeye neden olduğunu belirtmekte olup bulgularımız literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği parametrelerinden **fiziksel fonksiyonun** değerlendirilmesinde; geç rekonstrüksiyona göre erken rekonstrüksiyon uygulananlarda fiziksel fonksiyon yeterliliği puan ortalamasının yüksek saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo:13) (p=0,01).

Mastektomi sonrasında hastanın mental ve duygusal durumu, insan ilişkileri, cinsel fonksiyonları, çalışma yeteneği ve günlük aktiviteleri olumsuz yönde etkilenebilir. Fonksiyonel durum bireyin normal günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirmesi, sağlık

ve iyilik durumunu sürdürmesidir. Fonksiyonel durum bireyin tıbbi ruhsal ve bilişsel sağlığı ile ilişkilidir. Hastalığın varlığı, bireylerin günlük sorumluluklarını yerine getirebilmelerini engellemekte ve bu sorumlulukların yerine getirilememesi ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Fonksiyonel durum sağlığın algılanması, biyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar, hastalık semptomları gibi durumlardan etkilenmektedir (86,94).

Meme kanseri olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışma sonuçlarında; performans durumu kötüye giden hastaların fonksiyon düzeylerinin azaldığı ve semptom düzeylerinin arttığı, performans durumu iyiye giden hastaların fonksiyon düzeylerinin arttığı ve semptom düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca; hastaların özellikle ruhsal, sosyal ve cinsel fonksiyonlarında azalma olduğu bu bulguların tanı konulduktan sonraki ilk bir iki yılda ve ayrıca beş yıldan sonraki dönemlerde de devam ettiği bulunmuştur (86).

Meme kanserinde uygulanan cerrahi girişimlerde aksiller diseksiyonun yapılmasına bağlı üst ekstremité ile ilgili şikayetlerin sıklığı çeşitli çalışmalarda %50-70 arasında verilmektedir. Bu şikayetler ağrı, uyuşukluk, omuz hareketlerinde kısıtlılık, karıncalanma hissi, güçsüzlük ve lenf ödemin gelişimi olarak sıralanabilir (126,127).

Bealuc ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada hastaların **fiziksel fonksiyonlarının** aksiller diseksiyon yapılmasıyla ilgili olduğunu ve ameliyatı takiben iki yıl içerisindeki üst ekstremité fonksiyon yetersizliğinin aksiller diseksiyon yapılmayan kadınlara göre üç kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Aksiler diseksiyon sonrası kol-omuz problemleri % 60'lara varan oranlarda komplikasyon olarak ifade edilirken, hastalarda uzun dönem fonksiyonel yeterlilik üzerine olumsuz etkisinin olduğu tanımlanmıştır (126).

Yapılan çalışmalarda, meme kanserli kadınların hastalığın tedavisi nedeni ile bir takım **fiziksel sorunlar** yaşadığı, bunların da yaşam kalitelerini önemli derecede etkileyerek anksiyete ve depresyonu ciddi düzeylerde yaşamalarına neden olduğu belirtilmiştir (126,127,128).

1998-2001 tarihleri arasında İsveçli kadınlarda yapılmış olan çalışmada, erken rekonstrüksiyonlu olguların yaşam kalitesi araştırılmıştır. Çalışmaya 76

rekonstrüksiyonlu olgu ile sağlıklı toplumdan 920 kişi kontrol grubu olarak alınmıştır. Olguların rekonstrüksiyon öncesi ve 12 ay sonrası memnuniyetleri ve beklentileri değerlendirildiğinde, ameliyat öncesi ruhsal ve fiziksel durumlarının genel popülasyona göre daha düşük bulunmasına karşın, erken rekonstrüksiyonu izleyen 12 ay sonraki değerlendirme verileri genel popülasyona oldukça yakın olduğu görülmüştür (117).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeklerini kullanarak elde etmiş olduğumuz verilerde geç rekonstrüksiyonlu olgularda **fiziksel fonksiyon** yetersizliğinin erken rekonstrüksiyonlu olgulara göre yüksek olması, aksiller diseksiyon yapılması nedeni ile olabileceğini, ayrıca geç rekonstrüksiyon uygulanan kişilerde saptanan anksiyete, depresyon ve ruhsal durum bozukluğunun, fiziksel fonksiyonları da olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündürmüştür.

Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri olan **ağrıyı** değerlendirdiğimizde; erken rekonstrüksiyonlu olgularda puan ortalaması $83,57 \pm 21,15$, geç rekonstrüksiyonlu olgularda ise $72,22 \pm 21,17$ olduğu görülmüş olup, gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo:13) ($p=0,03$).

Hastaların çoğunda cerrahi işlemten hemen sonra ağrı olması beklenen bir durumdur. Ancak bazı hastalarda operasyondan sonra aylarca, hatta nadiren yıllarca devam eden ağrı oluşmaktadır. Meme cerrahisi sonrası ağrı, psikolojik strese ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır. Aynı zamanda anksiyetenin de ağrının daha fazla hissedilmesine neden olduğu vurgulanmaktadır (63).

Altan ve ark.'nın cerrahi girişim ve travma sonrası kronik ağrı gelişen hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların %72'si çok şiddetli ağrı yaşadıklarını tanımlamışlardır. Yine aynı çalışmada kişilerin %15'i 1-6 ay, %67'si 6-24 ay, %18'i ise 24 aydan daha fazla devam eden ağrıdan şikayet etmişlerdir (76).

Memenin rekonstrüktif cerrahisinden sonra kronik ağrının olası nedenleri, daha öncede mevcut olan ağrı, iyatrojenik, nöropatik, tümöre ve implantlara bağlı lenf ödemi, sinir sıkışması, anksiyete, depresyon, somatizasyon ve yorgunluk sayılabilir. Ayrıca literatürde meme cerrahisi sonrası ortaya çıkan kronik ağrının birinci ve ikinci

interkostal sinirlerden kaynaklanan interkostobrakial sinirin cerrahi sırasında kesilmesinden kaynaklandığı ve aksiller diseksiyon yapılan hastalarda hasarın %80-100 oranında olduğu belirtilmektedir (63).

Mehrara ve ark. erken rekonstrüksiyonun çoğu zaman teknik olarak daha kolay olup, onu tercih nedeni yapacak şekilde memede daha ufak skarlar bıraktığını ve dolayısı ile ağrının daha az yaşandığını belirtmiştir (62).

Wallace ve arkadaşları, mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonun eşzamanlı yapıldığı olgularda ağrı insidansını daha düşük bulmuşlardır. Mastektomi sonrası yalnızca implant konularak gerçekleştirilen meme rekonstrüksiyonundan sonraki bir yıl içerisinde daha fazla oranda kronik ağrı bildirmiş ve implantın kendisinin de ağrının kaynağı olabileceğini öne sürmüşlerdir. Olası mekanizmalar arasında, sinir sıkışması ve iskemiyle sonuçlanan doku genişlemesi ve implant etrafında kapsül ve takiben kontraktür gelişimi sayılabilir (115).

Çalışmamızda geç rekonstrüksiyonlu hastalarda **ağrının** daha fazla olmasının nedenleri arasında, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olmasının yanı sıra bu hastalarda daha fazla oranda aksiller diseksiyon yapılması olduğu düşünülebilir.

Günümüzde radikal cerrahi geçiren hastalarda yaşam kalitesini değerlendiren objektif kriterler tanımlanmamış olmasına karşın, **EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesini** değerlendirme ölçeği ile cerrahi girişimin hasta üzerindeki psikolojik ve sosyal sonuçlarını değerlendirmek mümkündür.

Çalışmamızda **EORTC QLQ C30** yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak olguların genel iyilik hali, fonksiyonel durumları (*fiziksel, sosyal, ruhsal, bilişsel, rol*) ve semptom skalaları (*yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, iştahsızlık, dispne, uyku, diyare, konstipasyon, finansal sorunlar*) değerlendirildi. **Genel iyilik hali, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlar** açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü (Tablo:14).

Son yıllarda kanserli bireylerin yaşadıkları sorunları ortaya çıkarmak için, yaşam kalitesi ile ilgili çalışmaların sayısında artış olduğu görülmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda mastektomi olan kadınların önemli bir bölümünde **ruhsal** sorunların bir

yıldan fazla sürelerde devam ettiğine ilişkin bulgulara rastlanmıştır. Bu konuyla ilgili olarak Hutchinson ve ark. yaptıkları bir çalışmada bir yıl önce memesi alınmış hastaların %39'unda yüksek düzeyde kaygı, endişe, gerginlik ve cinsel problem olduğunu saptamıştır (86).

Pyzel ve ark. *EORTC QLQ C 30* yaşam kalitesi ölçeği ile yapmış oldukları bir çalışmada kol ödemi olan hastalarda **fiziksel, ruhsal ve sosyal** fonksiyon bozukluğun daha fazla olduğunu, ağrı ve yorgunluğun daha çok hissedildiğini bildirmişlerdir (129). Aynı zamanda çalışmamızda geç rekonstrüksiyonlu olgularda kol ödeminin daha fazla görülmesi ruhsal yönden yaşanan sorunların oranının yüksek olmasının nedenini de açıklamaktadır.

Meme kanserli kadının hastalığına bakışı ve tedavi seçeneklerine tepkisi, büyük oranda vücut imajında olacak herhangi bir değişikliği ve bu durumdan **kişisel/sosyal** ilişkilerin etkilenebileceğini düşünmesinden kaynaklanmaktadır (56).

Rekonstrüktif cerrahi ile vücut bütünlüğünün korunması, hastanın psikolojik ve ruhsal durumunu güçlendirebilmekte, mastektominin yıkıcı etkisini azaltabilmektedir. Kadınların çoğu mümkün olan en kısa sürede eski yaşam biçimine dönmeleri yönünde güçlü bir istek duymakta ve erken rekonstrüksiyonu tercih etmektedir. Erken rekonstrüksiyon, hastanın kendini yeniden bir bütün olarak hissetmesine, benlik saygısının artmasına, güven duygusunun ve kişisel ilişkilerinin olumlu gelişmesine katkı sağlamakta yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Literatürde yaşanan psikolojik, sosyal, ruhsal sorunların rekonstrüksiyonla azaltılabileceği ve herhangi bir kontrendikasyon söz konusu değilse erken rekonstrüksiyon yapılmasının pek çok olumlu katkısının olduğu belirtilmektedir (56,85,91).

EORTC QLQ C 30 yaşam kalitesi ölçeğinde **genel iyilik hali, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlar** değerlendirildiğinde; erken rekonstrüksiyonlu olguların geç rekonstrüksiyonlu olgulara göre genel iyilik halinde, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarında olumlu yönde artma saptanmış olup, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar araştırmacıda fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyon düzeylerinin yüksek olmasının genel iyilik halini de olumlu yönde etkilediği kanısını uyandırmıştır. Ayrıca erken rekonstrüksiyonun fiziksel ve psikolojik yönden kişiye yarar sağlaması,

kişilerde sosyal ilişkiler bakımından da bir çok katkı sağladığını düşündürmüş ve sonuçlarımız literatür bilgisi ile uyum göstermiştir.

Ölçekte **semptom skalasında** yer alan yorgunluk, bulantı- kusma, uyku bozukluğu, dispne, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve finansal sorunlar açısından erken ve geç rekonstrüksiyonlu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum, her iki grupta adjuvan tedavilerinin tamamlanmış ve bundan dolayı tedaviye bağlı görülen komplikasyonların saptanmamış olmasına bağlanabilir.

Kenefick ve ark.'nın meme kanserli hastaların yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yaptıkları araştırma sonuçlarında; hastaların en sık yaşadıkları sorunların ağrı ve halsizlik olduğu, bunların dışında bulantı, iştahsızlık, alopesi, dispne, kusma, diyare, uykusuzluk, mide yanması, sindirim problemleri, görme kaybı ve baş ağrısının da görüldüğü belirtilmiştir. Tüm bu sorunlar kanserli bireylerin fonksiyonel yaşamlarında zorluklara neden olmaktadır (86,130).

Epidemiyolojik çalışmalar uykusuzluk yakınmalarının genel populasyon içerisinde oldukça yaygın olarak karşılaşılan bir sağlık sorunu olduğunu ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur. Psiko-fizyolojik insomnianın genellikle stresli bir yaşam olayının hemen ardından başlayan ve daha sonra giderek şiddetlenip kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir durum olduğu belirtilmiştir (131).

Genel olarak geç rekonstrüksiyonda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen birçok faktörün olduğu, erken rekonstrüksiyonun kişilere psikolojik yarar sağladığı ve mastektomi ile birlikte tercih edilmesinin üstünlüğü çalışma sonuçlarımız ile gösterilmiştir.

6.SONUÇLAR

Çalışma; mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyon zamanının hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve emosyonel yönden etkileyebileceği düşüncesiyle, hastanın yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

- Çalışma, Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde mastektomi ile birlikte erken rekonstrüksiyon uygulanmış 28 kişi ve mastektomiden aylar sonra geç rekonstrüksiyon uygulanmış 23 kişi olmak üzere toplam 51 kişiden oluşmuştur.
- Erken meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastaların %39.29'unun (n=11), geç meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastaların ise %56.52'sinin (n=13) yükseköğretim mezunu olduğu görülmüştür (p=0.25).
- Erken meme rekonstrüksiyonlu olguların %89.29'unun, geç rekonstrüksiyonlu olguların ise % 95.65'inin (n=22) sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır (p=0.61).
- Medeni durumları açısından erken rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerin % 89.29'unun (n=25), geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise %78.26'sının (n=18) evli olduğu belirlenmiştir (p=0.44).
- Çocuk sayıları açısından erken meme rekonstrüksiyon uygulanmış olanların %71.42'sinin (n=20), geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %69.57'sinin(n=16) çocuk sahibi olduğu görülmüştür (p=0.83).
- Erken rekonstrüksiyonlu olguların %50'sinin (n=14), geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %30.43'ünün (n=21) yüksek ekonomik seviyeye sahip olduğu bulunmuş olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede çalışma grupları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0.20).
- Erken meme rekonstrüksiyonlu olguların yaş ortalamalarının 46.89 ± 8.26 , geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise 48.70 ± 6.64 olduğu belirlenmiştir (p=0.40).
- Olguların boy (cm) ortalamalarının erken rekonstrüksiyonlularda 162.46 ± 6.39 , geç rekonstrüksiyonlularda ise 163.35 ± 4.09 olduğu görülmüştür (p=0.57).

- Erken rekonstrüksiyonlu hastaların ağırlık ortalamalarının 63.14 ± 10.34 , geç rekonstrüksiyonlu olguların 67.57 ± 9.78 olduğu belirlenmiştir ($p=0.13$).
- Erken rekonstrüksiyonlu olguların beden kitle indeksi ortalamasında (23.94 ± 3.84) normal, geç rekonstrüksiyonlu olguların (25.32 ± 3.59) ise hafif kilolu grupta yer aldığı bulunmuştur ($p=0.19$).
- Erken rekonstrüksiyonlu olguların %14.28 ($n=4$)'ünün, geç rekonstrüksiyonlu olguların ise % 30.43($n=7$)'ünün alkol kullandığı belirlenmiş, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.18$).
- Sigara kullanımları değerlendirildiğinde erken rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerin %57.14 ($n=16$)'ünün, geç rekonstrüksiyon uygulanmış kişilerin ise %60.87 ($n=14$)'sinin sigara kullanmadığı gözlenmiş ve istatistiksel incelemede anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.99$).
- Kişilerin ailede meme kanseri hikayesi değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p=0.53$).
- Erken meme rekonstrüksiyonlu olguların %71.43'üne ($n=20$) basit mastektomi, %35.71'ine ($n=8$) modifiye radikal mastektomi uygulandığı; geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise %34.78'inin ($n=8$) basit mastektomi, %65.22'sinin ($n=15$) ise modifiye radikal mastektomi olduğu bulunmuştur ($p=0.009$).
- Erken rekonstrüksiyonlu olguların %71.43'üne ($n=20$) protez, %28.57'sine ($n=8$) otolog doku uygulandığı (TRAM ve Latissmus Dorsi); geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %52.17'sinin protezle ($n=12$), %47.83'ünün ($n=11$) otolog doku ile rekonstrüksiyon olduğu saptanmıştır ($p=0.24$).
- Erken rekonstrüksiyonlu olguların %7.14'ünün ($n=2$), geç rekonstrüksiyonlu olguların ise % 30.43'ünün ($n=7$) evre III olduğu görülmüştür ($p=0.022$).
- Erken rekonstrüksiyon yapılanların %53.57'sinin ($n=15$) kemoterapi, %82.14'ünün ($n=23$) hormonoterapi aldığı, geç rekonstrüksiyon olmuş kişilerde ise % 47.83'ünün ($n=12$) kemoterapi, % 82.61'inin ($n=19$) hormonoterapi aldığı görülmüştür.

- Erken ve geç rekonstrüksiyonlu olguların tedavi süreçlerinde aldıkları radyoterapi ilişkin değerlendirmede; erken rekonstrüksiyonda %14.29'una (n=4) geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise, %73.91'ine (n=17) radyoterapi uygulandığı belirlenmiştir (p<0,001).
- Radyoterapi uygulanan erken rekonstrüksiyonlu olguların %75'inde (n=3), geç rekonstrüksiyonlu olguların ise %5.89'unda (n=1) radyoterapiye bağlı komplikasyon geliştiği belirlenmiştir (p=0.01).
- Erken rekonstrüksiyonlu kişilerin %14.28'inde (n=4) geç meme rekonstrüksiyonlu olguların ise %39.13'ünde (n=9) kol ödemi olduğu saptanmıştır (p=0.05).
- Erken rekonstrüksiyon uygulanan kişilerde geleceğe ait endişelerin daha az yaşandığı görülmüştür (p=0.04).
- Erken ve geç rekonstrüksiyonlu kişilerin hastalığı ilk öğrendiklerinde bu duruma inanamama, kısmi inkar ve suçlama gibi duygular yaşadıkları belirlenmiştir (p=0.64).
- Olgular beden imajı açısından, erken rekonstrüksiyonun daha olumlu etki yarattığını ve vücutlarından estetik olarak çok fazla rahatsızlık duymadıklarını ifade etmişlerdir (p=0.010).
- Geç rekonstrüksiyonlu olguların, mastektomi sonrası psikolojik ve sosyal travmayı daha yoğun yaşadıkları belirlenmiştir (p=0.30).
- Rekonstrüksiyon kararını belirlemede erken rekonstrüksiyonda bireysel tercihin, geç rekonstrüksiyonda ise tıbbi endikasyonun daha yüksek olduğu görülmüştür
- Geç rekonstrüksiyon uygulanan kişilerde cinsel isteksizlik nedeni ile cinsel problemlerin daha fazla yaşandığı belirlenmiştir.
- Çalışmamızda *SCL-R 90* semptom tarama ölçeğinin parametrelerden somatizasyon, depresyon ve anksiyete puan ortalaması erken rekonstrüksiyonlu olgulara göre geç rekonstrüksiyonlu olgularda daha yüksek bulunmuştur.

- Kişilerarası duyarlılık, obsesif-kompulsif, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Genel Sağlık İndeksi'nin erken rekonstrüksiyon yapılmış kişilerde puan ortalamaları 1.07 ± 0.75 , geç rekonstrüksiyonlarda ise 1.65 ± 0.80 olarak saptanmış olup, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.
- *SF 36* yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesinde fiziksel fonksiyonların erken rekonstrüksiyonlu olgularda daha iyi olduğu belirlenmiştir.
- Fiziksel rol ve ruhsal rol fonksiyonları, mental sağlık, zindelik/yorgunluk parametrelerinde erken ve geç rekonstrüksiyonlu olgular arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ağrının ise erken rekonstrüksiyona (83.57 ± 21.15) göre geç rekonstrüksiyonlu olgularda (72.22 ± 21.70) daha fazla olduğu görülmüştür.
- *EORTC QLQ C 30* yaşam kalitesi ölçeğinde genel iyilik halinin, fiziksel ve ruhsal fonksiyonların erken rekonstrüksiyonda pozitif yönde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- *EORTC QLQ C 30* yaşam kalitesi ölçeğindeki semptom skalasında yer alan yorgunluk, bulantı-kusma, dispne, uyku bozukluğu, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve finansal sorunlar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

ÖNERİLER

- Günümüzde meme kanseri görülme sıklığı arttığından, toplumda kadınların periyodik olarak kontrollerini yaptırması gerektiğinin bilincini oluşturmak ve erken evrede yakalamak gerekmektedir.
- Yapılacak düzenli kontrollerle erken evrede yakalanan meme kanserinde yapılacak cerrahi girişimlerin hastada daha az psikolojik travma yaratacağı düşünülmelidir.
- Yine evre I –II meme kanserinde mastektomi ile birlikte erken rekonstrüksiyon endikasyonunun olabileceği bilinmelidir.
- Bireylere hekimleri tarafından hastalıkları ve tedavi seçenekleri hakkında detaylı bilgi verilmeli ve kararlara katılımları sağlanmalıdır.
- Hekimlerin erken rekonstrüksiyonun tekniği, hastaya sağladığı avantaj ve dezavantajları konusunda da yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir.
- Erken rekonstrüksiyon ile hasta fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları daha az yaşadığı, hastanın yaşam kalitesinin yükseldiği ve dolayısı ile sağ kalımın arttığı düşünülmelidir.
- Erken rekonstrüksiyonun kişilere estetik kazanım sağlaması, beden imajı ve benlik saygısını artırması yönü ile meme cerrahisinde tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.
- Hastaların yaşam kalitesini geliştiren her türlü destek ve yardımın, hastalık nedeniyle yaşanan kaygı ve mental sağlığı olumlu yönde etkilediğinden sosyal destek girişimlerinin önemi bilinmelidir.

EK:1 HASTA BİLGİ FORMU

HASTA BİLGİ FORMU

A.KİŞİSEL ÖZELLİKLER

☐ ERKEN

☐ GEÇ

Prot.No:_____

Görüşme Tarihi:_____

Hastanın adı, soyadı:_____

Hastanın doğum tarihi: ____ / ____ / ____

Hastanın Eğitim durumu:

☐ İlköğretim

☐ Ortaöğretim

☐ Yüksek öğretim

Sağlık Güvencesi:

☐ Var

☐ Yok

Medeni Durumu:

☐ Bekar

☐ Evli

Çocuk Sayısı:

☐ Yok

☐ 1

☐ 2 ve üzeri

İş durumu:

☐ Çalışıyor

☐ Çalışmıyor

Alışkanlıkları:

Sigara kullanımı /adedi / süresi:_____

Alkol kullanımı /miktarı/ süresi:_____

B. HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Evre:

☐ I ☐ II ☐ III

Aile/ Yakınlarda meme kanseri varlığı:_____

Meme kanseri ameliyat tarihi: __ __ / __ __ / __ __

Rekonstrüktif cerrahi tarihi: __ __ / __ __ / __ __

Meme kanseri cerrahisi ile rekonstrüksiyon arası geçen süre: __ __ __ ay

Primer cerrahi tipi:

☐Basit mastektomi ☐Modifiye radikal mastektomi

Sentinel lenf nodu biyopsisi uygulandı mı?

☐Evet ☐Hayır

Rekonstrüksiyon tipi:

☐Protez ile ☐Otolog doku (TRAM veya Latisimus dorsi flap ile)

Cerrahi komplikasyon gelişti mi?

☐Hayır ☐Evet; ise tipi_____

Uygulanan sistemik tedavi:

☐Kemoterapi ☐Hormonoterapi ☐Radyoterapi

Radyoterapi uygulandı ise bölgeleri:

☐Sadece göğüs duvarına ☐Rejyonel lenfatikler ve göğüs duvarına

Radyoterapi sonrası komplikasyon gelişti mi?:

☐Hayır ☐Evet:

Hiç şu ana kadar kol ödemi gelişti mi?: ☐Hayır ☐Evet

C.HASTALIĞA VE REKONSTRÜKSİYONA İLİŞKİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLER

Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde ne hissetmiştiniz?

- | | |
|---|--|
| ☐ İnamama | ☐ İsyan ve suçlama |
| ☐ Kısmi inkar | ☐ Normal kabullenme |
| ☐ Gelecek ömür kaysısı | |

Mastektomi sonrası yaşadığınız en büyük travma hangi yöndeydi?

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Travma yaşamadım | | | |
| ☐ Psikolojik | ☐ Fiziksel | ☐ Sosyal | ☐ Duygusal |

Mastektomi sonrası cinsel sorunlar yaşadınız mı?

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| ☐ Hiç | ☐ Biraz | ☐ Oldukça | ☐ Çok |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|

Yaşadınız ise nedenleri?

- ☐ Kadınlık duygusunun kaybı hissi
- ☐ Cinsel isteğin azalması/ kaybı
- ☐ Partnerinin tutumu
- ☐ Ağrı ve hassasiyet
- ☐ Korku

Gelecekteki sağlığınız için endişe duyuyor musunuz?

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| ☐ Hiç | ☐ Biraz | ☐ Oldukça | ☐ Çok |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|

Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| ☐ Hiç | ☐ Biraz | ☐ Oldukça | ☐ Çok |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|

Erken rekonstrüksiyon olmanızın nedenleri?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ☐ Bireysel | ☐ Eşimin isteği |
| ☐ Tıbbi | ☐ Doktorumun tavsiyesi |

Geç rekonstrüksiyon olmanızın nedenleri?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ☐ Bireysel | ☐ Eşimin isteği |
| ☐ Tıbbi | ☐ Doktorumun tavsiyesi |

Erken dönem rekonstrüksiyonun avantajları neler olabilir/neler oldu?

- ☐Kadınlık hissinin kaybı /cinsellik
- ☐Beden imajının artması
- ☐Aile/sosyal ilişkilere olumlu katkı
- ☐Kendine güven /benlik saygısı
- ☐Zaman ve finansal kazanç
- ☐Tek girişim iki işlem

Geç dönem rekonstrüksiyonun sizde yarattığı/ yaratabileceği travma nedir?

- ☐Kadınlık hissinin kaybı /cinsellik
- ☐Beden imajının bozulması
- ☐Aile/sosyal ilişkilerin bozulması
- ☐Kendine güven /benlik saygısında azalma
- ☐Zaman ve finansal kayıp
- ☐İki ayrı zamanda cerrahi girişim

EK:2

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin kendinizi nasıl hissettiğinizi ve her zaman ki gibi faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğiniz izlemekte yardımcı olacaktır.

Hastanın adı soyadı:

Tarih:

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Mükemmel.....1
- b. Çok iyi.....2
- c. İyi.....3
- d. Orta 4
- e. Kötü.....5

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirir siniz?

- a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi.....1
- b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi.....2
- c. Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı.....3
- d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü.....4
- e. Bir yıl öncesinden çok daha kötü.....5

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
Orta zorlukta faaliyetler, masayı çekmek, süpürmek, yürüyüş gibi hafif sporlar yapmak	1	2	3
Çarşı-pazar torbalarını taşımak	1	2	3
Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
Eğilme veya diz çökmek	1	2	3
Bir-iki kilometre yürümek	1	2	3
Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
Yüz metre yürümek	1	2	3
Kendi kendine banyo yapmak veya giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	1	2
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	1	2

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
İş veya diğer etkinliklerinizde her zaman ki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	1	2

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a. Hiç etkilemedi.....1
- b. Biraz etkiledi.....2
- c. Orta derecede etkiledi.....3
- d. Oldukça etkiledi.....4
- e. Aşırı etkiledi.....5

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a. Hiç 1
- b. Çok Hafif.....2
- c. Hafif.....3
- d. Orta 4
- e. Şiddetli.....5
- f. Çok şiddetli.....6

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi(hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi.....1
 - Biraz etkiledi.....2
 - Orta derecede etkiledi.....3
 - Oldukça etkiledi.....4
 - Aşırı etkiledi.....5
9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan cevabı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada Sırada	Çok Ender	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- a. Her zaman.....1
b. Çoğu zaman.....2
c. Bazen.....3
d. Nadiren.....4
e. Hiçbir zaman.....5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle Doğru	oğunlukla Doğru	Bilmiyorum	oğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	1	2	3	4	5
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lutfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lutfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum gүнünüz (Gүн, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gүн, Ay, Yıl):

31									

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Gүнün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya gүнlik aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lutfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

EK:4

SCL-R 90

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Açıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız.

Örnek :

Tanımlama :

Aşağıda belirtilen sorundan

0 Hiç

ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

1 Çok az

Cevap

2 Orta derecede

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

- | | |
|--|-------|
| 1. Baş ağrısı | ..... |
| 2. Sinirlilik ya da içinin titremesi | ..... |
| 3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler | ..... |
| 4. Baygınlık ve baş dönmeler | ..... |
| 5. Cinsel arzuya ilginin kaybı | ..... |
| 6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu | ..... |
| 7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri | ..... |
| 8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri | ..... |
| 9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük | ..... |
| 10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler | ..... |
| 11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi | ..... |
| 12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar | ..... |
| 13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi | ..... |

14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	.....
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri	.....
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	.....
17. Titreme	.....
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	.....
19. İştah azalması	.....
20. Kolayca ağlama	.....
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	.....
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi	.....
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	.....
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	.....
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	.....
26. Olanlar için kendini suçlama	.....
27. Belin alt kısmında ağrılar	.....
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	.....
29. Yalnız hissi	.....
30. Karamsarlık hissi	.....
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	.....
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	.....
33. Korku hissi	.....
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	.....
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi	.....
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	.....
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	.....
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	.....
39. Kalbin çok hızlı çarpması	.....
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	.....
41. Kendini başkalarından aşağı görme	.....
42. Adele (kas) ağrıları	.....
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	.....
44. Uykuya dalmada güçlük	.....
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	.....
46. Karar vermede güçlük	.....
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	.....
48. Nefes almada güçlük	.....

49. Soğuk ve sıcak basması	.....
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	.....
51. Hiç bir şey düşünmeme hali	.....
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	.....
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi	.....
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	.....
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük	.....
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflılık hissi	.....
57. Gerginlik veya coşku hissi	.....
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	.....
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	.....
60. Aşırı yemek yeme	.....
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	.....
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	.....
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	.....
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	.....
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali	.....
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	.....
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	.....
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme	.....
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme	.....
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	.....
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	.....
72. Dehşet ve panik nöbetleri	.....
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi	.....
74. Sık sık tartışmaya girme	.....
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali	.....
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	.....
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	.....
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma	.....
79. Değersizlik duygusu	.....
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu	.....
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	.....
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	.....
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	.....

84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

8. KAYNAKÇA

- 1.Reis N.: Kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağılığına etkileri. C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,7:2, 2003.
- 2.Bozfakıoğlu Y., Dağoğlu T., İğci A., Keçer M., Müslümanoğlu M., Özmen V., Ünal M.: Meme Kanseri.Ed.:Kalaycı,G.Genel Cerrahi,Tayf Ofset, İstanbul,2002.
- 3.Langstein H.,Cheng M., Singletary S.: Breast cancer recurrence after immediate reconstruction:Patterns and signifance.Plastic Reconstruction Surgery,111:712-722, 2003.
- 4.Okanlı A.: Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,1303-5134, 2004.
- 5.Rowland H.J.: Psychological impact of treatment for breast cancer.Ed: Spear S, Willey S., Surgery of Breast, Lippincott Williams, Philadelphia, 2006.
- 6.Mathes S., Lang J.: Breast Cancer: Diagnosis, therapy and postmastectomy reconstruction. Ed.:Hentz V., Mathes S.Plastic Surgery.Elsevir Inc. Philadelphia, 2006.
- 7.Aydın H.,Özden B.: Meme Rekonstrüksiyonunda Seçenekler.Nobel Tıp Kitabevi İstanbul, 2005.
- 8.Al-Ghazal S.K, Sully L, Fallowfield L, Blamey R.W.:The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction.. Eur J Surg Oncol.26:17-19, 2000
- 9.Buchholz T.,Hunt K., Kronowitz S.:Delayed-immediate breast reconctruction. Plastic Reconstructive Surgery,113(6):1617-28, 2004.
- 10.Malata C.M, McIntosh S.A, Purushotham A.D.: Immediate breast reconstruction after mastectomy: a review. Br J Surg; 87: 1455, 2000.
- 11.Rowland J.H, Desmond K.A, Meyerowitz B.E, Belin T.R, Wyatt G.E, Ganz P.A: Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional out comes among breast cancer survivors. Journal of The National Cancer Institute. September; 92(17): 1422-1429, 2000.

- 12.**Arslan S., Bölükbaş N.: Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. A.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6:3, s.38-47, Erzurum, 2003.
- 13.**Babacan A.: Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi Cilt: 2 Sayı: 3, 2006.
- 14.**Honig S.: Incidence, trends and the epidemiology of Breast Cancer. Ed: Spear S, Willey S., Surgery of Breast, Lippincott Williams, Philadelphia,2006.
- 15.**Çolak A.: Meme Kanserli Hastalarda Serum Leptin Düzeyleri ve Histopatolojik Parametrelerle İlişkisi, Sağlık Bakanlığı. Dr.Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
- 16.**Gül A.: Meme Kanseri Ameliyatlarından Sonra Lenfödemın Önlenmesinde Basit Lenf Drenajı Masajı ile Aromatik Yağlarla Yapılan Basit Lenf Drenajı Masajının Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, M.Ü sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
- 17.**Isern A.E, Tengrup I., Loman N., Olsson H., Ringberg A.: Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. Plast Reconstr Aesthet Surg13 (1), 2007.
- 18.**Can G.: Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi.Yayınlanmamış Doktora Tezi.İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001.
- 19.**Karabacak Ü.: Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması ile Etkileşimi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,İstanbul, 2004.
- 20.**Güllüoğlu B.M. Risk factors. In: Essentials in the Management of Breast Diseases. Ed: Gazioğlu E., Celcius M.P, Bucharest., 131-145, 2005.
- 21.**Kaymakçı Ş.: Meme Hastalıkları Hemşireliği, Ege Üniversitesi Basımevi, 2001.
- 22.**Victor G.:Meme kanseri riskinin değerlendirilmesi. Sendrom Tıp Dergisi, 12:4, s.63-69, 2000.

- 23.**Ward B., Reis A:Breast Disease. Ed.: Noble,J. Primary Care Medicine, Third edition Mossby St.Loussis, pp 364-367, 2001.
- 24.**Eroğlu K.:Meme kanserinin kontrolünde yeni yaklaşımlarda hemşirenin rol sorumlulukları. Meme Sağlığı Kongresi, Hemşirelik Kursu Notları, Ankara, 2007
- 25.**Güllüoğlu B.M. Etiology. In: Essentials in the Management of Breast Diseases. Ed: Gazioğlu E. Celcius M.P, Bucharest., 128-130, 2005.
- 26.**Ferahman M.: Meme kanserinde güncel TNM evrelemesi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Meme Kanseri Sempozyum Dizisi No: 54; s. 87 – 91, 2006.
- 27.** Aydın A., Topuz E.: Meme Kanserinde Tanı-Tedavi-Takip,İstanbul Konsensüsü,2006
- 28.**Tominaga T., Takashima S., Danno M.: Randomized clinical trial comparing level II and level III axillary node dissection in addition to mastectomy for breast cancer. Br J Surg; 91: 38-43, 2004.
- 29.**Dağoğlu T.:Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi. Ed:Kalaycı G.,Genel Cerrahi, s.594-606, Tayf Ofset, İstanbul, 2002
- 30.**Can Z.,Emiroğlu M.,Kaya B., Serel S., Şen Z.:İmplant ve doku genişleticiler ile meme rekonstrüksiyonu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,cilt 57, Sayı 3, Ankara, 2004.
- 31.**Pertek J.: Modifiye radikal mastektomi. Ed.:King,T.A.,Borgen,P.I.Meme Cerrahi Atlası,Turgut Yayıncılık, 2007
- 32.**Bulak H.: Aksiller diseksiyon. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi,20(1),s.20-26, 2000.
- 33.**Kim T., Giuliano A.E., Lyman G.H.: Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in early-stage breast carcinoma. A metaanalysis. Cancer; 106: 4-16, 2006.
- 34.**Noguchi M. :Sentinel lymph node biopsy and breast cancer. Br J Surg; 89: 21-34, 2002.

- 35.**Akpınar A.:Erken evre meme kanserlerinde aksiller sentinel lenf nodlarının lenfosintigrafi ve intraoperatuar gama prob ile saptanması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 32 (3) 109-112, 2006.
- 36.**Burstein H.J, Winer E.P. Primary care for survivors of breast cancer. N Eng J Med 343: 1086-1094, 2000.
- 37.**Cody H.: Meme Koruyucu Tedavi Ed.: King, T., Borgen,P., Meme Kanseri Cerrahi Atlası, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- 38.**Duff M., Hill D.K., McGreal H.G., Walsh S., McDermott E.W., O'Higgins N.J. Prospective evaluation of the morbidity of axillary clearance for breast cancer. Br J Surg: 88: 14-17, 2001.
- 39.**Gradishar W.J. :The future of breast cancer: the role of prognostic factors. Breast Cancer Res Treat 2005;89 Suppl 1:S17-26, 2005.
- 40.**Güllüoğlu B.M, Cingi A, Cakir T, Gercek A, Barlas A, Eti Z.:Factors related to post treatment chronic pain in breast cancer survivors. The interference of pain with life functions. Int J Fertil Womens Med 2006; 51: 75-82, 2006.
- 41.**Hogle P., Quinn, E., Heron D.: Advances in Brachtherapy : new approaches to target breast cancer, Clinical Journal of Oncology Nursing ,7(3):324-328, 2003.
- 42.**Haydaroğlu A., Kamer S., Yalman D., Özşaran Z., Dubova, S., Aras A., Bölükbaşı Y., Yılmaz R.: Mastektomi sonrası adjuvan radyoterapi: 1494 olgu değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi,cilt 2, sayı 2, s.77-84, 2006.
- 43.** Haydaroğlu A., Özşaran Z., Akagündüz Ö., Arun S., Yalman D., Dubova, S., Aras A., Kapkaç M., Özdemir N.: Meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi uygulanan erken evre meme kanserlerinde lokal kontrol ve sağkalımı etkileyen prognostik faktörler. Meme Sağlığı Dergisi, cilt 2 ,sayı 2, s.71-76, 2006.
- 44.**Dinçer M.: Mastektomi sonrası adjuvan radyoterapi: Tartışılan endikasyonlar. Meme Sağlığı Dergisi,cilt 4, sayı 1, s.9-14, 2008.

- 45.Turna H.:Erken evre meme kanserinde adjuvan kemoterapi ve hormonal tedavi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri,Sempozyum Dizisi No: 54. Aralık; s. 105 – 109, 2006.
- 46.Baum M. Adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with early breast cancer: where are we now? Eur J Cancer; 41: 1997-1677, 2005.
- 47.Shapiro C.L, Recht A. Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. N Eng J Med 2001; 344: 1997-2008.
- 48.Goldhirsch A, Glick J.H, Gelber R.D, Coates A.S, Thürlimann B, Senn H.J. Panel members. Meeting highlights: International expert consensus on the primary therapy of early breast cancer .Ann Oncol 2005; 16: 1569-1583, 2005.
- 49.Aydın Y.:Mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahi.İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri,Meme Kanseri Sempozyumu Dizisi,54:127-142,2006.
- 50.Okanlı A., Ekinci,M.: Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarını mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. New Symposium Journal 46,(1): 9-14, 2008.
- 51.Searle A.: Abdominal Serbest fleple otolog meme rekonstrüksiyonu. Ed:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık,İstanbul, 2007
- 52.Modena S., Mangiante G., Rovere G.Q.; Latissimus dorsi kas-deri flebiyle meme rekonstrüksiyonu. Ed.:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık,İstanbul, 2007.
- 53.Kızılcı S.: Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,3:2,1999.
- 54.Caprice K., Niland J., Edge B., Hughes E., Ottesen A., Theriault R.: A Multi-institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction. Annals of Surgery,243 :2, 241-249, 2006.

- 55.**Carlson G.,Jones G., Bostwick J.: Breast Reconstruction. Ed.:Achauer M, Eriksson E.: Plastic Surgery İndications, Operations and Outcome, Mosby St.Louis, 2000.
- 56.**Pluchinotta, A.: Bir kadının bakış açısından meme rekonstrüksiyonu. Ed.:Rovere,G., Benson, J., Breach,N., Nava,M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- 57.**Watson M.:Meme rekonstrüksiyonunda psikolojik konular. Ed: Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- 58.**Al-Sarakbi W., Joseph A., Mokbel K.: Skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: Patient Satisfaction and Clinical Outcome, London, 2006.
- 59.**Downes K., Glatt B.: Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high –risk breast carcinoma. American Canser Society, 2005.
- 60.**Nava M., Bonovita NA., Arioli A., Colombett RG.,Riggio,E.:Subpektoral protez veya doku genişleticilerle meme rekonstrüksiyonu. Ed.:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007
- 61.**Rovere G.Q.,Greco M., Nava,M.,Kouskos,EP.,Benson,J.R.:Deri koruyucu ve deri azaltıcı mastektomi. Ed:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava ,M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık,İstanbul, 2007
- 62.**Mehrara B., Disa J.:TRAM Flep, Ed:. King T., Borgen P., Meme Kanseri Cerrahi Atlası, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- 63.**Williams J., Filshie J.: Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahi sonrası kronik ağrı. Ed:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- 64.**Pomahac B., Recht A., May J.W., Hergueter C. A., Slavin A.: New trends in breast cancer management, is the era of immediate breast reconstruction changing?Annals of Surgery, 244, (2), 2006.

- 65.**Rovere G.: Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu: hastanın beklentileri. Ed.:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007
- 66.**Benson J.R.: Meme rekonstrüksiyonu için kontrendikasyonlar . Ed:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık,İstanbul, 2007.
- 67.**Nannelli A., Calabrese C., Cataliotti L., Rovere G.: Kontrolateral memede yapılan cerrahi girişimler ve meme başı rekonstrüksiyonu. Ed.:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- 68.**Akın S.: Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri ve Öz-Etkililiklerinin Değerlendirilmesi.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul,2007.
- 69.**Petit J.Y., Rietjens O., Lorenzi Y.F.:Pediküllü TRAM flep rekonstrüksiyonu. Ed:Rovere,G., Benson, J., Breach,N., Nava , M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık,İstanbul,2007 rekons sy77
- 70.**Martino G., Godard H., Nava,M.:Kas-deri flepleriyle meme rekonstrüksiyonu:biyomekanik özellikler Ed:Rovere,G., Benson, J., Breach,N., Nava , M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık,İstanbul 2007.
- 71.**Ayhan M., Demiröver C., Durmuş E., Görgü M., Silistreli Ö., Öztan Y.:Meme rekonstrüksiyonu ve meme deformitelerinin düzeltilmesinde becker protez kullanımı. Türk Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Dergisi,Cilt 13, sayı 1, 2005.
- 72.**Collis N.,Sharpe D.T.: Memem protezlerinin tarihçesi, gelişimi ve silikon sorunu. Ed:Rovere G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık,İstanbul,2007
- 73.**Öz F.: Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi; 12(1):61-68, 2001.
- 74.**Palabıyıkoglu İ.: Meme implantlarında enfeksiyon. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi Cilt 22, Sayı 5,2005.

- 75.**Balkan M., Görgülü S., Öztürk E., Zor F., Arslan M., Şengezer M., Tufan T.: Transvers rektus abdominis flep ile meme rekonstrüksiyonu. Meme Sağlığı Dergisi, cilt 4, sayı 1, s.21-24, 2008.
- 76.**Yılmaz E.: Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- 77.**Şenol Y., Türkay M.: Yaşam kalitesi ölçtlerinde taraf tutma. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, cilt 5, sayı 5,s.382-389, 2006.
- 78.**Beşiroğlu L., Uğuz F., Sağlam M., Yılmaz E., Ağargün M.Y., Aşkın R.: Obsesif kompülsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler.Anadolu Psikiyatri Dergisi; 8:5-13, 2007
- 79.**Eser E.:Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim,1:1-5, 2006
- 80.**Şahin H.:Eski bir kavram, yeni bir ölçüt; Yaşam Kalitesi. Toplum ve Hekim,12:77, s.40-46, İstanbul,1997.
- 81.**Al-Ghazal S.K, Fallowfield L, Blamey R.W. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. Eur J Cancer; 36: 1938, 2000.
- 82.**Üstün B.: Meme kanserinde psikososyal boyut ve hemşirelik yaklaşımları, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Hemşirelik Kurs kitabı, s.54-64, Ankara, 2007.
- 83.**Çavdar,İ.:Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar.Meme Sağlığı Dergisi, cilt 2 sayı 2, s.64-66, 2006.
- 84.**Çam O., Gümüş A.: Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi,10(3) 52-60,2006.
- 85.**Beser N., Öz F.: Kemoterapi Alan Lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1), 2003.

- 86.**Aydın H., Akdemir N.:Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 26:488-49, 2006.
- 87.**Barlas A, Güllüoğlu B.M ve Bottomley A.: Meme kanseri nedeni ile ameliyat olan hastalarda yapılan ameliyat tipinin hayat kalitesi üzerine etkisi. Ulusal Cerrahi Kongresi, Özet Kitabı, Kemer, Antalya, 2002.
- 88.**Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A., Sauer H., Holzel D.: Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. Breast J; 10: 223-231, 2004.
- 89.**Karamanoğlu A.Y., Özer F.: Mastektomili hastalara evde bakım. Meme Sağlığı Dergisi, cilt 4, sayı 1, s.21-24, 2008.
- 90.**Arıkan N.: Travmatik bir yaşantı: Meme kanseri ve mastektomi.Türk Psikiyatri Dizini,Kriz Dergisi,cilt 8, sayı,1,2000.
- 91.**Wolf L.:Bir kadının bakış açısından meme rekonstrüksiyonu. Ed:Rovere,G., Benson J., Breach N., Nava M.,Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi,Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- 92.**Dean C, Chetty U, Forrest A.P.M.: Effects immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. Lancet; 1: 459, 1983.
- 93.**Harcourt D.M, Rumsey N.J, Ambler N.R et al. The psychological effect of breast reconstruction: a prospective multicenter study. Plast Reconstr Surg; 111: 060, 2003.
- 94.**Roth R.S, Lowery J.C, Davis J, Wilkins E.G. Quality of life and affective distress in women seeking immediate versus delayed breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. Plast Reconstr Surg; 116: 993-1002, 2005.
- 95.**Rowland J.H, Holland J.C, Chaglassian T, Kinne D. Psychological response to breast reconstruction: expectations for and impact on postmastectomy functioning. Psychosomatics 34:241, 1993.

- 96.**Stevens L.A, McGrath M.H, Druss R.G, Kister S.J, Gump F.E, Forde K.A. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast Reconstr Surg*; 73: 619, 1984.
- 97.**Noone R.B, Frazier T.G, Hayward C.Z, Skiles M.S. Patient acceptance of immediate reconstruction following mastectomy. *Plast Reconstr Surg*; 69: 632, 1982.
- 98.**Stanton A.L., Danoff-BurgS., Cameron,CL., Bishop, M., Collins,CA., Sworowski L.A., Twillman, R.: Emotionally expressive coping predicts psychological and psysical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,vol.68: 875-882, 2000.
- 99.**Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N,Memiş A. Kısa Form 36 (SF-36)ının Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*;12(2):102-106, 1999.
- 100.**Vare E.J.:SF-36 Health Survey Update.*Spine*,25:3130-3139, 2000.
- 101.**Güzelant A, Göksel T, Ozkok S, Taşbakan S, Aysan T, Bottomley A.: The European Organization for Research and Treatment of Cancer C-30: An Examination into the cultural validity and reliability of Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care*, 13:135-44, 2004
- 102.**Dağ İ :Belirti Tarama Listesi, Psikiyatride Kullanılan Ölçekler.Ed.: Aydemir Ö, Köroğlu E, Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2000.
- 103.**Dağ İ: Belirti tarama listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2 (1): 5-12, 1991.
- 104.**Bozkurt B., Sülü B., Ünal B., Koçer B., Yıldırım O., Karabeyoğlu M., Eroğlu A.,Cengiz Ö.:Erken evre meme kanserli hastaların SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi: Ameliyat Tipi Yaşam Kalitesini Etkiliyor mu?Klinikler& Doktor Dergisi,10(3) s.286-291,2004.
- 105.**Orhaner E.:Türkiyede Sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi Sayı:1*, 2006

- 106.**Alderman A.K, McMahon L.,J., Wilkins E.G: The national utilization of immediate and early delayed breast reconstruction and the effect of sociodemographic factors. *Plastic Reconstruction Surgery*, 111:695-703, 2003.
- 107.**Beşe N.: İnvazif meme kanserinin tedavisinde radyoterapinin rolü. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Eğitimi Etkinlikleri.Sempozyum Dizisi No:54 ,s.115-120 , 2006.
- 108.**Ragaz J, Olivotto I.A, Spinelli JJ.: Locoregional radiation therapy in patients with high-risk breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: 20-year results of the British Columbia andomized trial. *J Natl Cancer Inst*;97:116–26, 2005.
- 109.**Etiz D., Çolak,M., Beyazgül Ö., Dağ,R.: Meme kanserinde postmastektomi radyasyon. *Osmangazi Tıp Dergisi*,27:1, 2005.
- 110.**Dickson M.G., Sharpe D.T.: The complications of tissue expansion in breast reconstruction. A review of 75 cases. *Br J Plastic Surgery* 40, 629-635,1987.
- 111.**Barreau L., Le M.G., Rietjiens M.: Risk factors for failure of immediate breast reconstruction with prosthesis after mastectomy for breast cancer. *Cancer* 70, 1145-1151, 1992.
- 112.**Kebudi M., Uludağ G., Yetkin B., Çitgez B., İşgör A.:Meme kanseri tedavisinde modifiye radikal mastektomi sonrası lenf ödem: İnsidans ve risk faktörleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt 1, sayı 1, s.1-5, 2005.
- 113.**Alderman K., Kuhn, L., Lowery,J., Wilkins,E.: Patient satisfaction with breast resonstruction, *J American Coll Surg.*,;204:7-12,2007.
- 114.**Veiga D.F., Sabino M., Garcia EB.: Evaluations of the asthetic results and patient satisfaction with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction.*Ann plast Surg.*;48;515-520, 2002.
- 115.**Cohen L., Hack T., Moor C.:The Effects of Type of Surgery and time on pschological adjusment in women after cancer treatment. *Ann Surg Oncol* vol 7, s.427-434, 2000. Rekons kitabı

- 116.**Kessler,T.A.:Contextual variables, emotional state, and current and expected quality of life in Breast survivors. Oncology Nursing Forum, 29 (7),1109-16, 2002.
- 117.**Brandberg Y., Elder E., Rylander R.: Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patient after immediate breast reconstruction. Plastic Reconstructive Surgery 14(3):201-8, Sweden,2005.
- 118.**Sheehan J., Sherman K.A., Lam T., Boyages J.: Association of information satisfaction, psychological distress and monitoring coping style with post-decision regret following breast reconstruction. Psychooncology. ,16(4):342-51, 2007.
- 119.**Naidu N.,Preminger A.,Rogers K., Messina P., Gayle L.:Determinants of aesthetic satisfaction following TRAM and implant breast reconstruction.Annals of Plastic Surgery., 52(5):464-470, 2004
- 120.**Temel M.: Beden imajını etkileyen faktörler ve beden imajı doyumu. Sendrom Aktüel Tıp Dergisi, vol.9:7,İstanbul, 2007.
- 121.**Burwell S.R., Case L.D., Kaelin C., Avis N.E.: Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. J Clin Oncol. 2006 Jun 20;24(18):2815-21.
- 122.**Sertöz Ö., Mete H., Noyan A., Alper M., Kapkaç M.:Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı ,cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi; 15(4):264-275, 2004.
- 123.**Montebarocci O., Lo Dato F., Baldaro B., Morselli P., Rossi N.C. Anxiety and body satisfaction before and six months after mastectomy and breast reconstruction surgery. Psychol Rep;101(1):100-6, 2007.
- 124.**Sağduyu A.:Somatizasyonun ve ilişkili sendromlarının biyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi 12(3):211-224, 2001.
- 125.**Sayar K., Ak İ.: The predictors of somatization. A review. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 11:266-271, 2001.

- 126.**Beaulac S.M, McNair L.A, Scott T.E, LaMorte W.W , Kavanah M.T.: Lymphedema and quality of life in survivors of early-stagebreast cancer. Arch Surg, 137:1253-1257, 2002.
- 127.**Can M.F., Görgülü S., Yağcı G., Açikel C., Uzar A., Peker Y., Kozak O., Günhan Ö., Tufan T.:Aksiler lenf nodu negatif meme kanserli hastalarda çıkarılan lenf nodu sayısının prognostik önemi. Fırat Tıp Dergisi, 12:102-106,2007.
- 128.**Holland J.:Psychosocial Care of Patients: Psycho-Oncology’s Contribution, Journal Of Oncology, vol 21, 2003.
- 129.**Pyszel A., Malyszczak K., Pyszel K., Andrzejak R., Szuba A.: Disability, psychological distress and quality of life in breast cancer survivors with arm lymphedema. Lympology Dec;39(4):185-92, 2006.
- 130.**Kenefick, A.: Patterns of symptom distress in older women after surgical for Breast cancer. Oncology NursingForum, 33 (2),327-35, 2006.
- 131.**Aydın H., Sütçügil L., Özgen F.: İnsomnia. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 2(2): 98-102,2001.

9.ÖZGEÇMİŞ

Sonay Baltacı Gökteş 1973 yılında Giresun’da doğdu. İlköğrenimini Giresun’da tamamladı. 1991 yılında İstanbul Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi’nden mezun oldu ve Gaziantep Kızılay Kan Merkezi’nde çalışmaya başladı. 1997 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu’ndan mezun oldu. 1993-1995 yılları arasında Çapa Kızılay Kan Merkezi’nde hemşirelik görevinin ardından 2004 yılına kadar Kızılay Özel Sağlık Meslek Lisesi’nde öğretmen hemşire olarak çalıştı. 2004-2005 yılları arasında İngiltere’de BEET Language Center’da İngilizce dil eğitimi aldı.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı’nda “Toplumun Sosyo-ekonomik Düzeyi ile Kültürel Yapısının Yanıkta İlk Yardım Üzerine Etkisi” konulu tez çalışması ile yüksek lisans eğitimini 2001 yılında tamamladı.

2005 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı Özel Academic Hospital’da Hemşirelik Direktörü olarak göreve başlamış olup, halen bu görevine devam etmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK- 756
Konu:

11.05.2007

Sayın : Prof.Dr. Deniz ŞELİMEN

MAR-YÇ-2007-0119 protokol nolu "Meme kanserinde mastektomi sonrası uygulanan erken ve geç rekonstrüksiyonun hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi" isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Tarih:06/04/2007

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Dr. Cümhur YEĞEN
Genel Cerrahi
Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Rifat YALIN
Öğretim Üyesi

Dr. A. Özdemir AKTAN
Öğretim Üyesi

Dr. Resit İNCEOĞLU
Öğretim Üyesi

Doç. Dr. M. Bahadır
GÜLLÜOĞLU
Öğretim Üyesi
Meme ve Endokrin Cerrahisi
Ünitesi

Doç. Dr. Rasim
BENCOSMANOĞLU
Öğretim Üyesi

İ. Doç. Dr. Asım CİNGİ
Öğretim Üyesi

İLETİŞİM

Phanelioğlu cad. 13-15
Altunizade / Üsküdar
İSTANBUL 34662

Tel : 0216 326 3296
Faks: 0216 326 3296

e-posta:
lcerrahi@marmara.edu.tr

Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi olan Sonay Baltacı'nın "Meme kanserinde mastektomi sonrası uygulanan erken ve geç rekonstrüksiyonun hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi" başlıklı doktora tezinin Marmara Üniversitesi Hastanesi Meme Merkezi'nde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir. Bilgilerinize arz olunur.

Saygılarımla,



Doç. Dr. M. Bahadır Güllüoğlu
Meme ve Endokrin Cerrahisi Ünitesi Direktörü
Meme Merkezi Cerrahi Koordinatörü