



MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

**Meme Kanserli Hastalarda Kişilik Tipinin Öz Benlik ve Yaşam Kalitesi
Üzerine Olan Etkisi ve İlgili Faktörler**

Dr. Aytuğ ÇAĞIRTEKİN

Tıpta Uzmanlık Tezi

MUĞLA 2022



MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

**Meme Kanserli Hastalarda Kişilik Tipinin Öz Benlik ve Yaşam Kalitesi
Üzerine Olan Etkisi ve İlgili Faktörler**

Dr. Aytuğ ÇAĞIRTEKİN

Tıpta Uzmanlık Tezi

DANIŞMAN

Doç. Dr. Özgür TANRIVERDİ

MUĞLA 2022

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Aytuğ ÇAĞIRTEKİN’e ait “Meme Kanserli Hastalarda Kişilik Tipinin Öz Benlik ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisi ve İlgili Faktörler” adlı çalışma jürimiz tarafından İç Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı Doç. Dr. Özgür TANRIVERDİ

Üye Prof. Dr. Sabri BARUTÇA

Üye Prof. Dr. Emine Figen TARHAN

ETİK KURUL ONAYI: Bu çalışma için, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu’nun 08.05.2021 tarih ve 97 karar numaralı onayı alınmıştır.

TEŞEKKÜRLER

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu ulu önder Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK ve silah arkadaşlarına bizleri muasır medeniyetler seviyesine yükseltmek için yaptıkları fedakarlıklar adına şükranlarımı sunarım. Saygı ve özlemle.

İç hastalıkları ihtisası eğitimim sürecinde üzerimde büyük emekleri olan, engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, kendileriyle çalışmaktan kıvanç duyduğum ve her zaman örnek aldığım saygıdeğer hocalarıma, tezimin her aşamasında büyük emeği olan ve ihtisasım süresince desteklerini hiç esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Özgür TANRIVERDİ'ye, birlikte çalışmaktan büyük onur ve zevk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına teşekkür ederim.

Kızlarım Şiir Gülce ve Mavi Sevi başta olmak üzere tüm aileme sevgilerimi sunuyorum.

ÖZET

Giriş: Kanserli hastalarda stresle başa çıkma yöntemi olarak benlik saygısı gelişir ve bu durum yaşam kalitesini iyileştirir. Kişilik tipinin kanser gelişimi, prognoz ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi de araştırma konusudur.

Amaç: Meme kanseri olan kadınlarda A tipi kişilik özelliğinin benlik saygısı ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin ve etkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem ve Gereçler: Meme kanserli 154 kadın ile 78 sağlıklı kadın dahil edildi. Çalışmada Bortner'in Derecelendirme ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği ve EORTC QOL-C30 ölçeği kullanıldı. Meme kanserli hastalarda hobi varlığı, benlik saygısı ve yaşam kalitesi ile kişilik tipi arasındaki ilişkiye bakıldı. Karşılaştırmalarda Mann-Whitney U, Kruskal- Wallis, Fisher's Exact testi, korelasyonda Spearman Rank korelasyon katsayısı analizi yapıldı. Kişilik tipi, özbenlik ve yaşam kalitesini belirleyen bağımsız faktörler çok değişkenli lojistik (bineary) regresyon analizi ile belirlendi. SPSS v19 programında $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastalar (54 ± 11 yıl) ve kontrol grubu (42 ± 8 yıl) arasında yaş farkı yoktu ($p = 0,108$). Hastalarda A tipi kişilik oranı %69 iken, kontrollerde %58 idi ($p = 0,093$). Hastaların %93'ü yüksek benlik saygısına sahipken, kontrol grubunda ise %96' idi ($p = 0,098$). Kişilik tipi ve benlik saygısı yanısıra kişilik tipi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki yoktu (Sırasıyla $p = 0,960$ ve $p = 0,946$). Benlik saygısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki kuruldu ($p = 0,018$). A tipi kişilik olan hastalarda sosyal aktif iletişim sağlayan hobi sıklığı ($p = 0,039$) ve ikiden fazla hobiyeye sahiplerdi ($p = 0,015$). Hobi tercihi ve hobi sayısının, benlik saygısına ($p = 0,032$, $p = 0,041$), yaşam kalitesine (Sırasıyla, $p = 0,004$, $p = 0,007$), kişilik tipine (Sırasıyla, $p = 0,014$, $p = 0,027$) bağımsız etkisi vardı.

Sonuç: Aktif sosyal iletişim sağlayan hobilerin, kanserli kadınlarda kişilik özelliklerindeki değişimler, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine önemli etkileri olabilir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, kişilik tipi, benlik saygısı, yaşam kalitesi, hobi

SUMMARY

Introduction: Self-esteem is a way of coping with stress for cancer patients and this improves their quality of life. The effect of personality type on cancer development, prognosis and quality of life was also investigated.

Objective: It was aimed to determine the relationship between type A personality trait and self-esteem and quality of life in women with breast cancer and to determine the effective factors.

Methods and Materials: 154 women with breast cancer and 78 healthy women were included. Bortner's Rating scale, Rosenberg Self-Esteem scale and EORTC QOL-C30 scale were used. The relationship between the presence of hobbies, self-esteem, quality of life and personality type was examined. Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Fisher's Exact, Spearman Rank correlation tests were performed. Independent factors affecting personality type, self-esteem and quality of life were determined by multivariate logistic (binary) regression analysis. The $p < 0.05$ value was significant in the SPSS v19 program.

Results: There was no age difference between the patients (54 ± 11 years) and the control group (42 ± 8 years) ($p = 0.108$). The rate of type A personality was 69% in patients and 58% in controls ($p = 0.093$). Similarly, the rate of high self-esteem was 93% in patients and 96% in controls ($p = 0.098$). Besides personality type and self-esteem, there was no relationship between personality type and quality of life in cancer patients ($p = 0.960$ and $p = 0.946$, respectively). A relationship was established between self-esteem and quality of life ($p = 0.018$) in patients. In patients with type A personality, hobbies providing social active communication were common ($p = 0.039$) and had more than two hobbies ($p = 0.015$). Hobby preference and number of hobbies had independent effects on self-esteem ($p = 0.032$, $p = 0.041$), quality of life (respectively, $p = 0.004$, $p = 0.007$), and personality type (respectively, $p = 0.014$, $p = 0.027$).

Conclusion: Hobbies that provide active social communication may have important effects on changes in personality traits, self-esteem and quality of life in women with cancer.

Keywords: Breast cancer, personality type, self-esteem, quality of life, hobby

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENELBİLGİLER	3
2.1. Meme Anatomisi	3
2.2. Meme Histolojisi	4
2.3. Memenin Arteriyal Dolaşımı ve Lenfatik Drenajı	5
2.4. Memenin Normal Gelişimi	6
2.5. Parite, Lobüler Farklılık ve Meme Kanseri Riski	12
2.6. Meme Kanseri	13
2.7. Kansere Tanısı Olan Hastalarda Psikososyal Sorunlar	33
3. AMAÇLAR	43
4. BİREYLER VE YÖNTEMLER	44
4.1. İstatistiksel analizler	46
5. BULGULAR	47
5.1. Genel özelliklere dair bulgular	47

5.2. Katılımcıların kişilik tipine göre karşılaştırılması	52
5.3. Katılımcıların benlik saygısına göre karşılaştırılması	56
5.4. EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile ilgili bulgular	59
5.5. Korelasyon analizleri	67
5.6. Regresyon analizleri	77
6. TARTIŞMA	84
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	93
KAYNAKLAR	95
EKLER	108
EK 1: Muğla Eğitim Araştırma Hastanesi'nden alınan tez çalışma izni	
EK 2: Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Validasyonu Kullanma İzni	
EK 3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Türkçe Valide Formun Kullanma İzni	
EK 4: Bortner'in Derecelendirme Ölçeği Türkçe Validasyonu Kullanma İzni	
EK 5: Anket Formu	
EK 6: Bortner'in Derecelendirme Ölçeği	
EK 7: EORTC QOL-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK 8: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BIRADS	Meme Görüntüleme Rapor ve Veri Sistemi
BRCA	Meme Kanserine Yatkınlık Geni
DCIS	Duktal Karsinoma İn Situ
EORTC	Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu
ER	Östrojen Reseptörü
FSH	Folikül Uyarıcı Hormon
HER-2	İnsan Epidermal Büyüme Faktörü 2
IM	İç Meme
İİA	İnce İğne Aspirasyonu
LCIS	Lobüler Karsinoma İn Situ
LH	Lüteinize Edici Hormon
LHRH	Lüteinize Edici Hormon Salgılatan Hormon
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MRM	Modifiye Radikal Mastektomi
NAC	Meme Başı Areola Kompleksi
NSM	Meme Başı Koruyucu Mastektomi
PR	Progesteron Reseptörü
QOL	Yaşam Kalitesi
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SERM	Selektif Östrojen Reseptör Düzenleyicisi
SSM	Cilt Koruyucu Mastektomi
TDLU	Terminal Duktal Lobüler Ünite
TNM	Tümör, Lenf Nodu, Metastaz
US	Ultrasonografi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Tüm katılımcıların yaş dağılım histogramı	47
Şekil 2. Tüm katılımcıların yaş dağılım grafiği	47
Şekil 3. Çalışma ve kontrol gruplarının sırasıyla karşılaştırmalı yaş grafiği	48
Şekil 4. Tüm katılımcıların kişilik tipine göre dağılımı	52
Şekil 5. Tüm katılımcıların benlik derecesine göre dağılım grafiği	56



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Meme kanserinde AJCC UICC Sekizinci Baskı TNM evrelemesi	21
Tablo 2. Çalışma ve kontrol gruplarının demografik özellikleri	49
Tablo 3. Çalışma grubunun klinik özellikleri	51
Tablo 4. Tüm katılımcıların kişilik tipine göre karşılaştırılması	52
Tablo 5. Çalışma grubunun kişilik tipine göre demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması	53
Tablo 6. Tüm katılımcıların benlik saygı skor ve derece karşılaştırması	56
Tablo 7. Çalışma grubunun benlik saygı derecesine göre demografik ve klinik karşılaştırılması	57
Tablo 8. Çalışma grubunun EORTC QOL– 30 yaşam kalitesi ölçeğine ait değerler	60
Tablo 9. Çalışma grubunun meme cerrahisi durumuna göre EORTC QOL – 30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi	61
Tablo 10. Çalışma grubunun organ kaybı durumuna göre EORT QOL – 30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi	62
Tablo 11. Çalışma grubunun anti-kanser tedavi durumuna göre EORT QOL – 30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi	63
Tablo 12. Çalışma grubunun metastatik hastalık durumlarına göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi	64
Tablo 13. Çalışma grubunun hobi durumuna göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi	65
Tablo 14. Çalışma grubunun kişilik tipine göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi	66
Tablo 15. Çalışma grubunun benlik saygısı derecesine göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi	67
Tablo 16. Çalışma grubunun demografik özellikleri ile EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	68
Tablo 17. Çalışma grubunun klinik özellikleri ile EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	71
Tablo 18. Çalışma grubunun demografik özelliklerinin kişilik tipi ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	74

Tablo 19. Çalışma grubunun klinik özelliklerinin kişilik tipi ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	75
Tablo 20. Çalışma grubunun yaşam kalitesi ile kişilik tipi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	76
Tablo 21. Çalışma grubunda benlik saygısı derecesine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile belirlenmesi	77
Tablo 22. Çalışma grubunda yaşam kalitesine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi	79
Tablo 23. Çalışma grubunda kişilik tipine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi	81



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Meme kanseri günümüzde kadınlarda en sık görülen kanser tipidir (1). Tanı ve tedavi seçeneklerindeki tüm güncel gelişmelere rağmen kadınlarda, kanserden ölüm nedenleri arasında halen akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alır (1).

Kanser tanısı alan hastaların tanı aldıklarını öğrendikleri andan itibaren hastalıklarına, yaşamlarına dair bakış açılarında değişiklikler olabilir ve normal nüfusa oranla daha fazla psikolojik sorun yaşayabilirler (2). Kanserli hastalarda görülen anksiyete, depresyon, kaygı gibi psikolojik sorunların hastaları sosyal, mesleki, ailevi ve iktisadi yönden olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (3). Kanserli hastalar arasında psikolojik problemlerin en fazla görüldüğü kitle genç meme kanserli hastalardır (3). Bu durumun nedenleri olarak meme kanserinin özellikle kadınlarda olmak üzere yaygın görülen bir kanser olması, kadınlık simgesi gibi algılanan bir organın tamamının veya bir kısmının alınmasıyla ortaya çıkan bozulmuş beden algısı, psiko-onkolojik çalışmaların sıklıkla meme kanserli hastalar üzerinde yapılmış olması, tanıdan sonraki süreçte doğurganlık, aile bütünlüğü, cinsellik ve gelecek endişesi gibi sorunların yaygınlığı sayılabilir (2,3). Bu psikososyal sorunların görülme sıklığı ve derecesinin ailenin ve çevrenin desteği, eğitim düzeyi, sosyal durum, ekonomik düzey gibi etmenler ile ilişkili olabileceği ve aynı zamanda kişilik tiplerine göre de farklılık gösterebileceği hatta kanser tanısı almış hastaların zaman içinde davranış değişiklikleri geliştirebilecekleri görüşü hakimdir (3,4). Kadınlarda ve erkeklerde kişilik özellikleri, benlik saygısı ve beden saygısının birbirleriyle yakından ilişkili olduğu düşünülmesine rağmen kişilik özelliklerinin diğer iki yapıyla nasıl ilişkili olduğunun kesin doğası hala bilinmemektedir (5). Hem kişilik tipinin (6) hem de benlik saygısının (7) sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir.

Kişilik tipi, benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki bu ilişkilerin ötesinde stres ile ilişkilendirilmiş olarak kişilik tipinin kanser gelişimine ve kanserin ilerlemesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir ancak bu konuda da henüz net görüş birliği bulunmamaktadır (8).

Bu alışma meme kanseri tanısı olan kadınlarda kişilik tipinin öz benlik yani benlik saygısına ve yaşam kalitesine olan etkisinin belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin saptanması amacıyla yapılmıştır. İngilizce literatürde, meme kanseri tanısı olan kadınlarda kişilik tipi ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştıran bildiğimiz ilk çalışmadır.



İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Anatomisi

Olgun yetişkin meme, dikey ekseninde ikinci ve altıncı kaburgalar arasında ve yatay ekseninde sternal kenar ile orta aksiller çizgi arasında yer alır. Meme dokusu ayrıca Spence'in koltuk altı kuyruğu gibi aksillaya doğru uzanır (9,10).

Meme üç ana yapıdan oluşur: deri, subkutan doku ve hem epitelyal hem de stromal elemanlardan oluşan meme dokusu. Epitel bileşenleri, memenin yapısal ve fonksiyonel birimlerini (lobüller) meme ucuna bağlayan dallanma kanallarıdır. Emzirmeyen durumda meme hacminin çoğunu oluşturan stroma, yağ ve fibröz bağ dokusundan oluşur. Memenin derisi incedir ve kıl folikülleri, yağ bezleri ve ekzokrin ter bezleri içerir (9-11).

Meme başı ve areola, histolojik görünümünden kolayca tanımlanmalarını sağlayan farklı ve özel yapılara sahiptir. Meme ucunda bol miktarda duyu sinir uçları, yağ ve apokrin ter bezleri bulunur, ancak kıl folikülleri yoktur. Stroma, bu bölgede leiomyomlara yol açabilen düz kas dokusuyla zenginleştirilmiş yoğun kollajenden oluşur. Areola, 15 ila 60 mm çapında, az çok dairesel ve pigmentlidir. Areolanın çevresine yakın bir yerde bulunan Montgomery (Morgagni olarak da bilinir) tüberkülleri, Montgomery bezleri olarak da bilinen yağ bezlerinin açıklıklarının oluşturduğu yükselmelerdir (9-12).

Meme parankiminden gelen kanallar meme ucunda birleşir ve genişleyerek süt veren sinüsü oluşturur (11). Süt veren sinüs, meme ucunun yüzeyi ile toplama kanalı aracılığıyla iletişim kurar. Toplama kanalının proksimal kısmı, kanal sisteminin geri kalanına benzer, ancak yüzeysel kısım (yani meme ağzına doğru), süt veren kanalın terminal kısmına uzanabilen skuamöz epitel ile kaplanmıştır. Skuamokolumnar bileşke, skuamöz epitelin ani olan glandüler epitel ile birleştiği alandır. Skuamöz epitelin laktiferöz sinüsün içine ve ötesine uzanması patolojiktir, skuamöz metaplazi olarak adlandırılan ve kanal sisteminin tıkanmasına neden olan bir durumdur (10-13).

Yüzeysel pektoral fasya memeyi sarar ve yüzeysel abdominal fasya (Camper) ile devam eder. Memenin alt yüzeyi, pektoralis majör ve serratus anterior kaslarını örten derin pektoral fasya üzerinde yer alır (9-11). Bu iki fasyal tabakayı birbirine bağlayan, meme için doğal bir destek aracını temsil eden fibröz bantlardır (Cooper asıcı bağlar). Derin yüzey makroskopik olarak iyi sınırlandırılmıştır; bununla birlikte, mikroskopik meme bezi elemanları derin fasyal düzlemin içine ve hatta ötesine uzanabilir. Bu nedenle total mastektomi, glandüler dokunun tamamının çıkarılmasıyla sonuçlanmayabilir (9-11).

2.2. Meme Histolojisi

Mikroskopik olarak meme dokusu epitelyal ve mezenkimal elemanlardan oluşur. Epitel kısmı, meme ucuna yaklaştıkça çapı artan bir dizi kanala bağlanan, asini adı verilen salgı parçalarını içerir (9,10,12,13).

Terminal duktal lobüler ünite (TDLU), memenin fonksiyonel ve yapısal birimidir. TDLU, distal en küçük kanalları (terminal kanal) ve bunlara bağlı asini içerir. TDLU'nun epitel elementleri, asini ve terminal kanal, nispeten fibröz ve hormonal olarak daha az duyarlı olan interlobüler stroma ile karşılaştırıldığında oldukça özelleşmiş ve daha hücresel ve hormonal olarak duyarlı olan intralobüler stromaya gömülüdür. Birçok hastalık sürecinin anlaşılmasında periduktal ve lobüler stromanın yapısının bilinmesi önemlidir. Memedeki neoplastik lezyonların yanı sıra proliferatif lezyonların çoğu TDLU'dan türetilir (11,13).

Memedeki patolojik değişikliklerin anlaşılması için hayati önem taşıyan bir anahtar özellik, tüm kanal ve lobüler sistemin özel iki hücreli tipi astarıdır. Işık mikroskobu altında, iki hücre tabakası açıkça ayırt edilebilir, kolumnar veya küboidal daha büyük ve daha uzun hücreler, kanalın luminal yönünü kaplar ve asini, daha küçük, iç şeklindeki miyoepitelyal hücre tabakasından oluşan bir dış hücre tabakası epitel hücre tabakası ile bazal lamina arasında uzanır. Miyoepitelyal hücre tabakası sürekli ve kanal sisteminin uzun eksenine paralel uzanır. Miyoepitelyal hücrelerin kasılma özellikleri, emzirme sırasında süt akışına katkıda bulunur (10,11,13).

İki hücreli tip katmanın takdir edilmesi, iyi huylu ve kötü huylu süreçleri ayırt etmede kritik öneme sahiptir. Örneğin, benign lezyonlar olan sklerozan adenozis ve

meme başı adenomlarında, iki hücreli tabaka, miyoepitelyal hücre tabakasının varlığını tespit etmek için rutin histolojik inceleme veya yardımcı immünohistokimyasal boyamalarla belirgindir. Buna karşılık, tübüler karsinom gibi iyi farklılaşmış malignitelerde, miyoepitelyal hücre tabakası invaziv bezlerin etrafında kaybolur ve bu lezyonların malign doğasını doğrular, bu bazen sadece morfoloji ile zorlayıcı olabilir (12,13).

2.3. Memenin Arteriyal Dolaşımı ve Lenfatik Drenajı

Memenin ana kan temini, iç meme arterinden elde edilir. Kan kaynağının yaklaşık üçte biri (esas olarak üst dış kadrana) lateral torasik arterler tarafından sağlanır (9-11, 13).

Memenin lenfatik drenajı hem yüzeysel (subepitelyal ve subdermal) hem de derin lenfatik damarlar yoluyla olur ve lenf yüzeyselden derin pleksusa tek yönlü akar. Derin deri altı ve meme içi damarlardan gelen lenf akışı, aksiller, iç meme ve klaviküler lenf düğümlerine doğru merkezden uzaklaşacak şekilde hareket eder. Memenin çoğu bölgesi aksiller nodlara drene olurken, drenaj aynı anda veya sadece diğer nodal bölgelere de akabilir (11).

Meme kanserli hastalarda lenfatik haritalama, palpe edilebilen ve palpe edilemeyen lezyonlar için drenaj paternlerini tanımlamıştır. Lenfosintigrafiyi takiben nodları görüntülenen 678 meme kanseri hastasını içeren retrospektif bir çalışmada, tüm palpe edilebilen ve palpe edilemeyen merkezi yerleşimli lezyonlar (n = 59) aksiller lenf nodlarına drene olmuştur. Ancak lezyonların yaklaşık yüzde 35'i İnternal mammarian (IM) ve/veya klaviküler zincire de drene oldu. Tüm kadrnlardaki çoğu meme lezyonu (palpabl ve palpe edilemeyen) aksiller nodlara drene olur (14).

Lezyonun konumuna göre aksiller lenf düğümlerine drenaj şunları içerir (11, 14):

- Üst dış kadrn (n = 336) – yüzde 95,8
- Alt dış kadrn (n = 88) – yüzde 97,7
- Üst iç kadrn (n = 145) – yüzde 93,1
- Alt iç kadrn (n = 50) – yüzde 88,0

Memenin iç kadranlarındaki lezyonların, dış kadranlardaki lezyonlara kıyasla IM lenf nodlarına drene olma olasılığı anlamlı derecede daha yüksekti (yüzde 37.4'e karşı yüzde 14.4).

Lezyonun konumuna göre IM lenf düğümlerine drenaj şunları içerir (11,14):

- Üst dış kadran – yüzde 10,4
- Alt dış kadran – yüzde 29,5
- Üst iç kadran – yüzde 32,4
- Alt iç kadran – yüzde 52,0

Büyük ölçüde meme kanserinde metastatik ilerlemeyi belirlemek amacıyla, aksiller lenf düğümleri anatomik konuma göre gruplandırılır ve genellikle bunları keyfi seviyelere bölerek tanımlanır.

Seviye I lenf nodları pektoralis minör kasının lateral kenarının lateralinde,

Seviye II nodlar pektoralis minör kasının arkasında ve

Seviye III lenf nodları pektoralis minör kasının medial sınırının medialinde yer alır (11).

2.4. Memenin Normal Gelişimi

İnsan meme gelişimi, embriyonik yaşam sırasında başlayan ilerleyici bir süreçtir. Göğüsler, beş haftalık bir embriyoda ortaya çıkan ve aksilladan uyluğun üst medialine kadar uzanan ventral epidermal çıkıntılardan (süt hattı) gelişir. İnsanlarda koltuk altı veya vulvadaki bu çıkıntının yalnızca uç sonlanmaları varlığını sürdürür. Meme başı, meme çukurunun evaginasyonu ile oluşur. Bu işlemin başarısızlığı, doğuştan ters bir meme ucuna yol açar (9-11, 15).

Doğumda meme dokusu, meme başı-areolar kompleksin altında yer alan 10 ila 12 ilkel duktal elementten oluşur. Prepubertal yıllarda, bu kanallar, kanal yapılarına kanalizasyon ile, nispeten yavaş ama istikrarlı büyüme ve dallanma sergilerler. Erkek çocuklarda meme gelişimi bu aşamada durur (11,15).

Ergenlik, glandüler olgunlaşmanın başlangıcını işaret etse de, tam meme farklılaşması ancak sonraki hamilelik ve emzirme ile elde edilir (15).

2.4.1. Ergenlik değişiklikleri

Kızlarda ergenlik, hipotalamik gonadotropin salgılatıcı hormonun etkisi altında genellikle 10 ila 12 yaşlarında başlar. Ön hipofiz bezinin hücreleri, yumurtalık foliküllerinin olgunlaşmasını ve esas olarak 17-beta estradiol formunda östrojen salgılanmasını destekleyen folikül uyarıcı hormon (FSH) ve luteinize edici hormon (LH) salgılar (11, 15).

Ergenlikten yetişkinliğe meme gelişimi, dış görünüm, hacim, meme bezinde bulunan yapıların sayısı ve bireysel yapıların dallanma veya farklılaşma derecesi gibi çeşitli parametrelerle tanımlanır (11,15).

2.4.2. Lobül Oluşumu ve Yaşam Döngüsü

Mikroanatomik bir bakış açısından, puberte, kanalların kulüp şeklinde terminal uç tomurcukları oluşturmak için artan büyümesi ve dallanması ile işaretlenir; buna stromal bileşende bir artış eşlik eder (9-11,15). Büyüyen terminal uç tomurcukları yeni dallar, ince dallar ve küçük kanallar (alveolar tomurcuklar olarak adlandırılır) oluşturur. Alveolar tomurcuk terimini, morfolojik olarak terminal uç tomurcuğundan daha gelişmiş, ancak olgun istirahat memesinin terminal yapısı olan asinustan daha ilkel olan yapıları tanımlamak için kullanıyoruz. Daha fazla dallanma ile alveolar tomurcuklar küçülür ve sayıları artar ve bunlara kanal adı verilir (11).

Tip 1 lobüller: Bir terminal kanalı etrafında ortalama 11 alveolar tomurcuk/kanal kümелendiğinde, bunlar tip 1 lobülü oluşturur. Lobül oluşumu, adetlerin başlamasından bir ila iki yıl sonra belirgindir. Bundan sonra, glandüler gelişim değişkendir. Meme bezinin maksimum dallanma ve salgı aktivitesi derecesine tam olarak farklılaşması, uzun yıllar alan kademeli bir süreçtir; hamilelik gerçekleşmezse asla elde edilemeyebilir (11).

Tip 2 ve 3 lobüller: Yetişkin kadınların meme dokusu, tip 1 lobüle ek olarak iki tanımlanabilir tipte lobül daha içerir. Menstrüel döngüler sırasında değişen östrojen ve progesteron seviyeleri, tip 1 lobülü yeni alveolar tomurcukların filizlenmesi için uyarır ve kademeli olarak tip 2 ve tip 3 lobüller olarak adlandırılan daha olgun yapılara dönüşür. Lobül başına alveolar tomurcuk sayısı yaklaşık tip 1 lobülde 11'e, tip 2 lobülde 47'ye ve tip 3 lobülde 80'e yükselir (11).

Parite ve yaş meme yapısını etkiler (11,15,16). Nullipar kadınların göğüsleri, terminal kanallar ve tip 1 lobüller (toplam lobüler bileşenin yüzde 65 ila 80'i) gibi daha farklılaşmamış yapılar içerir, sadece ara sıra tip 2 ve 3 lobüller bulunur. Buna karşılık, doğum öncesi premenopozal kadınların memesindeki baskın yapı, en farklılaşmış tip 3 lobüldür (tüm lobüllerin yüzde 70 ila 90'ı). 40'lı yaşların sonunda, hem doğum yapmamış hem de doğum yapmış kadınların göğüsleri mimari olarak benzerdir ve ağırlıklı olarak tip 1 lobüller içerir. Bununla birlikte, hücre kinetiği ve biyolojik davranış açısından belirgin farklılıklar gösterirler (11,16). Doğum yapmış kadınlarda, 14 ila 20 yaşları arasındaki ilk tam süreli gebelik, 40 yaşına kadar baskın olan tip 3 lobüllerin sayısında önemli bir artışla ilişkilidir, bundan sonra tip 3 lobüllerin sayısında bir azalma meydana gelir (11,15,16). Bu gerçek, erken bir ilk gebeliğin meme kanseri riski üzerindeki koruyucu etkileri hakkında bazı açıklamalar sağlayabilir.

Tip 4 lobüller: Hamilelik sırasında tip 3'ten tip 4 lobüllere ilerleme sağlanır.

Menstrüel döngü ile ilgili histolojik değişiklikler: Terminal duktal lobüler ünitenin (TDLU) hem epitelyal hem de stromal bileşenleri, adet döngüsü ile birlikte histolojik değişikliklere uğrar. Bu değişiklikler lobüller arasında değişkendir. Foliküler faz sırasında, lobülleri (lümen hücreleri) kaplayan epitel küçük ve küboid şeklindedir ve salgı veya mitotik aktivite göstermez. İntralobüler stromal doku yoğun ve hiposelülerdir. Luteal fazda, asiniler lümen salgıları nedeniyle açılır ve genişler. İntralobüler stroma gevşek, ödemli ve foliküler faza göre daha hücrelidir (11,15,16).

Hamilelik ve emzirme: Hamile kadın hemen hemen her organ sisteminde anatomik ve fizyolojik değişikliklere uğrar. Bu süre zarfında, memenin maksimum dallanma kapasitesi ifade edilir ve hamilelik sırasında oluşan salgı asinusu, glandüler farklılaşmanın tam kapsamını belirleyen bir terminal aşırı büyümeyi temsil eder. Tamamen farklılaşmış salgı hücreleri, süt proteinlerini (kazeinler) ve lipidleri sentezleme ve salgılama yetenekleri ile karakterize edilir (11,15,16)

Hamilelik sırasında meme, hamileliğin erken ve geç dönemlerinin özelliği olan iki ayrı evrede maksimum gelişimine ulaşır. İlk trimesterde duktal filizlenme baskındır, ikinci trimesterde lobüler oluşum duktal filizlenmeyi aşar (11,15,16).

Erken gebelik Dönemi: Koryonik gonadotropinin etkisi altında, her tomurcuktan birçok salgı bezi gelişir ve tip 3 lobülü oluşturur. Duktal ağacın distal elemanlarının daha fazla proliferasyonu, tip 3 lobülden tip 4 lobüle ilerlemeye işaret eder. Bu yeni oluşan lobüllerde, her bir asinusu oluşturan epitel hücreleri, aktif hücre bölünmesi nedeniyle yalnızca sayıca büyük ölçüde artmaz, aynı zamanda esas olarak sitoplazmik genişleme nedeniyle boyut olarak artar (11,15).

Hamileliğin ortasında, lobüller daha da büyür ve sayıları artar. Merkez dallarının çıktığı kanalı o kadar kalın bir şekilde çevrelerler ki ana kanal, terminal veya intralobüler terminal kanal artık tanınmaz. Terminal kanallar ve tomurcuklanan asini arasındaki geçiş kademeli olup, ikisi arasındaki histolojik ayrımı zorlaştırır; her ikisi de erken sekretuar aktivitenin kanıtını gösterir.

Geç Gebelik Dönemi: Gebeliğin ikinci yarısındaki meme değişiklikleri, esas olarak salgı aktivitesinin bir devamı ve vurgulanmasıdır. Daha ilerici dallanma, daha az belirgin tomurcuk oluşumu ile devam eder. Tamamen farklılaşmış salgı birimleri veya asini oluşumu giderek daha belirgin hale gelir. Yeni asinilerin çoğalması azalır ve halihazırda oluşmuş birimlerin lümeni, salgı materyali veya kolostrum birikimi ile şişkin hale gelir. Doğumdan hemen önce ve doğum sırasında meme bezinde yeni bir mitotik aktivite dalgası vardır. Bu dönemde ve laktasyon sırasında, aynı lobül tipinde süt salgılama süreci ile yan yana daha fazla büyüme ve farklılaşma süreci gözlemlenebilir (15). Bu noktada, memenin glandüler bileşeni, memenin çok az stroma ile esas olarak epitelyal elemanlardan oluştuğu noktaya kadar artmıştır. Bu değişiklikler emzirme boyunca devam eder.

Lobüler involüsyon (gerileme)

Postlaktasyon: Postlaktasyonel meme, apoptotik hücre ölümü ve doku yeniden şekillenmesi ile karakterize bir süreç olan glandüler involüsyona (gerileme veya atrofi) girmek için laktojenik hormon yoksunluğu ve lokal sinyallerin bir kombinasyonunu gerektirir. Apoptozu tetikleyen faktörler net olarak tanımlanmamıştır. Doku yeniden şekillenmesinde rol oynayan lokal hücre dışı proteazlar gibi belirli gen ürünleri meme involüsyonu sırasında yukarı doğru düzenlenir (17).

Menopoz: Menopoz, yumurtalık foliküler atrezisinin bir sonucu olarak ortaya çıkar ve yumurtalığın tamamen foliküllerden yoksun kalmasına neden olur. Bu klinik olarak, amenore ile sonuçlanan over estradiol ve progesteron sekresyonunun yokluğu ile karakterizedir. Menopozdan sonra meme, glandüler elementlerin atrofisi ve lobül sayısında belirgin bir azalma ile gerileme geçirir. Bu süreç, postlaktasyonel involüsyondan (regresyon veya atrofi) büyük ölçüde farklıdır. Bazı bölgelerde lobüller tamamen kaybolur ve sadece kanallar kalır. Aynı zamanda stromanın fibröz bağ dokusu bileşeni azalır ve yağ dokusu birikir. Mikroanatomik olarak involüsyon, artan tip 1 lobül sayısı ve buna eşlik eden tip 2 ve 3 lobül sayısındaki azalma ile kendini gösterir; bu, doğum yapmış kadınlarda daha belirgin olmakla birlikte, nullipar kadınlarda da görülür (11,15,16).

Yetişkin erkek memesi: Kadın memesi gibi, yetişkin erkek memesi de epitel ve mezenkimal dokudan oluşur. Ancak epitelyal bileşen sadece kanallarla sınırlıdır. TDLU/asini dahil hiçbir salgı bölümü tanımlanmamıştır. Kanallar genellikle daha yoğun fibröz dokuya gömülüdür. (11)

2.4.3. Meme Gelişiminde Hormonal Etkiler

Normal meme büyümesi, farklılaşması ve gerilemesi, epidermal büyüme faktörü, dönüştürücü büyüme faktörü ve fibroblast büyüme faktörü dahil olmak üzere çeşitli büyüme faktörlerinin aracılık ettiği sistemik hormonlar ve lokal hücre-hücre etkileşimleri arasındaki karmaşık etkileşimlerin sonucudur. Meme bezinin bu karmaşık etkileşimlere morfolojik yanıtı, hem mimarisini hem de biyolojik özelliklerini kalıcı olarak değiştiren gelişimsel değişikliklerle sonuçlanır (11).

Östrojenler ve Progesteron

Göğüs epitelyal lining hücreleri östrojen reseptörünü (ER) barındırır. ER-alfa ekspresyonu, değişken olan ve immünohistokimya ile zayıf-orta yoğunlukta dağınık hücrelerde tanımlanan duktal ve lobüler hücrelerin (kanallardan daha fazla lobüller) çekirdeklerinde görülür. ER-beta (ikinci ER formu) ekspresyonu, stromal hücrelerin çekirdeklerinin yanı sıra epitelde de tanımlanmıştır. Progesteron ekspresyonu, normal meme duktal ve lobüler hücre çekirdeklerinde ER-alfa'ninkine benzer bir ekspresyon paterniyle bilinir.

Östrojenlerin meme epitelinin proliferasyonunu teşvik etmede ana rolü oynadığı düşünülmektedir. Estradiol, meme bezi üzerinde lokal olarak etki eder, DNA sentezini uyarır ve tomurcuk oluşumunu teşvik eder (11,15). Bu biyolojik aktivitelere, ağırlıklı olarak östrojen yanıt elemanlarını içeren spesifik genlerin transkripsiyonunu aktive eden ER alfa aracılık ettiği düşünülmektedir (11,15).

Normal duktal gelişim hem östrojen hem de progesteron gerektirir. Progesteron, meme epitel hücreleri üzerindeki spesifik reseptörü (PR) aracılığıyla meme gelişimini düzenlemek için östrojen ile birlikte hareket eder. Progesteronun öneminin bir kanıtı olarak, normal adet döngüsü sırasında, meme epiteli östrojen salgısının en yüksek olduğu foliküler faz sırasında değil, bunun yerine progesteron seviyelerinin en yüksek olduğu luteal faz sırasında maksimum proliferasyon sergiler.

Hücre Proliferasyonu ve Hormon Reseptörleri

Meme epitelinin proliferatif aktivitesi, lobüler farklılaşma derecesine göre değişir. İnsanlarda, en yüksek düzeyde proliferatif aktivite, genç nullipar kadınların memelerinde bulunan farklılaşmamış tip 1 lobülde gözlenir. Adet döngüsünün hormonal etkileri altında tip 2 ve 3 lobüllere ilerleyici farklılaşma ile birlikte proliferatif aktivitede bir azalma olur. Tip 1 lobül içeren hücrelerle karşılaştırıldığında, Ki-67 ile pozitif boyanan hücrelerin yüzdesi ile belirlenen hücresel proliferasyon hızı, tip 2 lobüllerde üç kat, tip 3 lobüllerde ise 10 kat azalır (11,13).

Memenin lobüler yapılarındaki ER-alfa ve PR içeriği, hücresel proliferasyon hızı ile doğru orantılıdır. Tip 1 lobüller sürekli olarak tip 2 veya 3 lobüllerden daha yüksek oranda ER ve PR pozitif hücre içerir, bu da yapılar daha farklılaştıkça reseptör pozitif hücrelerin sayısında ilerleyici bir azalmaya işaret eder (11).

Bu biyolojik farklılıkların kanser riski üzerinde derin etkileri olabilir. En yüksek proliferatif kapasitenin ve en yüksek ER-alfa- ve PR-pozitif hücre yüzdesinin tip 1 lobüllerde mevcut olması, bu yapıların in vitro ve deney hayvanlarında kimyasal karsinojenler tarafından dönüştürülmeye daha yatkın olmasının mekanik bir açıklamasını sağlar ve tip 1 lobüllerin duktal karsinomların çıkış yeri olduğu gözlemini desteklemektedir. Proliferatif hücreler, reseptör pozitif olanlardan

farklıdır, bu da östrojenin meme epiteli üzerindeki proliferatif etkisinin dolaylı olduğunu düşündürür (11).

2.5. Parite, Lobüler Farklılık ve Meme Kanseri Riski

Beşinci on yılın sonunda, hem doğum yapmış hem de doğum yapmış kadınların memeleri ağırlıklı olarak tip 1 lobüllerden oluşur (16). Ancak, mimari benzerliklerine rağmen, doğurmamış kadının tip 1 lobülleri ile doğum yapmış kadının gerilemiş tip 1 lobülleri arasında önemli farklılıklar vardır. Nullipar kadınların tip 1 lobülleri çok aktif intralobüler stromaya sahipken, doğum yapmış kadının lobülleri daha hyalinizedir ve gerilemiş bir yapının göstergesidir. Bir diğer önemli fark, doğum yapmış kadınlara kıyasla nulliparların tip 1 lobüllerinde daha yüksek proliferatif aktivitedir. Doğum yapmış memedeki hem tip 1 hem de tip 3 lobüllerin hücreleri ağırlıklı olarak G0 fazında veya dinlenme fazındayken, nullipar memenin tip 1 lobüllerinde çoğalan hücreler baskındır ve G0'daki hücre fraksiyonu oldukça düşüktür. Bu nedenle parite, memenin lobüler bileşimi üzerinde önemli bir etkiye sahip olmasının yanı sıra, proliferatif aktivitesini derinden etkiler. Bu biyolojik farklılıklar, nullipar kadınların memelerinin meme kanseri geliştirme duyarlılığının artması için bazı açıklamalar sağlayabilir. Doğum yapmış kadınlardan farklı olarak, nullipar kadınların memesinde bulunan tip 1 lobülün hiçbir zaman farklılaşma sürecinden geçmediği, nadiren tip 3 lobüle ulaştığı ve hiçbir zaman tip 4 evresine ulaşmadığı varsayılmaktadır (11,16). Doğum yapmış kadınların lobülleri menopozda tip 1'e gerilese de, bu değişiklikler artık morfolojik olarak gözlemlenebilir olmasa da, onları neoplastik dönüşümden koruyan bir şekilde farklılaşma süreci tarafından kalıcı olarak genetik olarak damgalanırlar. Bu nedenle, nullipar kadınların tip 1 lobülünden biyolojik olarak farklıdırlar (16).

Erken tam dönem hamileliğin sağladığı varsayılan koruma mekanizması, erken hamilelik yoluyla elde edilen farklılaşma derecesinin, kök hücreyi değiştirerek tip 1 lobülü erken doğum yapmış kadınlardan nullipar kadınlardan ayıran "genomik imzayı" değiştirmesidir. "kök hücre 1"den "kök hücre 2"ye popülasyon. Kök hücre 2'nin genomik imzası, kök hücre 1 hücrelerinininkinden farklıdır ve kök hücre 2 popülasyonu tarafından sentezlenen spesifik gen ürünleri, gebelik olayı bittikten sonra kanda tespit edilebilir (11,16,17). Dolaşımdaki kanda bu gen ürünlerinin

saptanması, memenin farklılaşma sürecini tamamladığını gösterir, böylece koruyucu bir faktörün varlığının bir göstergesi olarak hizmet eder, yani erken doğum yapmış kadınlarda kanser geliştirmeye daha düşük yatkınlığın vekil bir belirteci olarak hizmet eder. Kök hücre 2'nin gen ekspresyonu modeli, potansiyel olarak, meme bezi farklılaşmasının derecesini değerlendirmek ve insan koryonik gonadotropini gibi önleyici ajanları değerlendirmek için faydalı ara son noktalar olarak kullanılabilir (11).

Tip 1 lobülün yaşa bağlı menopozal involüsyonunun (gerileme veya atrofi) kapsamının meme kanseri riskini etkilediği ve parite dahil diğer meme kanseri risk faktörlerini değiştirebileceği görülmektedir. Ayrıca gebelik ve laktasyon uyarısı altında farklılaşmaya uğramayan yanıt vermeyen lobüllerin, parite öyküsüne rağmen kanser gelişiminden sorumlu olduğu öne sürülmüştür (11,16).

2.6. Meme Kanseri

2.6.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri, düşük ve orta gelirli ülkeler de dahil olmak üzere dünya çapında en sık teşhis edilen kanserdir (1). İnsidans oranları en yüksek Kuzey Amerika, Avustralya/Yeni Zelanda ve batı ve kuzey Avrupa'da, en düşük ise Asya ve Sahra altı Afrika'dadır (1,18). Bu uluslararası farklılıklar muhtemelen sanayileşmenin bir sonucu olarak toplumsal değişikliklerle ilgilidir (örneğin, yağ alımındaki değişiklikler, vücut ağırlığı, menarş ve/veya emzirme yaşı ve daha az gebelik ve daha sonraki ilk doğum yaşı gibi üreme modelleri). Amerika Birleşik Devletleri'ne göç kalıpları üzerine yapılan çalışmalar, kültürel ve/veya çevresel değişikliklerin önemi ile tutarlıdır (1,18,19). Genel olarak, meme kanseri insidans oranları ikinci kuşak göçmenlerde daha fazladır ve üçüncü ve dördüncü kuşak göçmenlerde daha da artmaktadır.

Meme kanseri ölüm oranları 1970'lerden beri azalmaktadır (1). Mortalitedeki bu azalma, gelişmiş meme kanseri taramasından ve adjuvan tedavideki gelişmelerden kaynaklanmaktadır (1,18). Organize mamografi taramasına katılan 40 ila 69 arasındaki kadınların tanıdan sonraki 10 yıl içinde meme kanserinden ölme riskinin yüzde 60 ve taramaya katılmayan kadınlara kıyasla tanıdan sonraki 20 yıl içinde meme kanserinden ölme oranı yüzde 47 daha düşük risk taşıdığı bildirilmiştir (20).

2.6.2. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme Kanseri Riskini Artıran Faktörler (18-20)

- Artan yaş
- Kadın cinsiyet
- Irk/etnik köken
- Menopoz sonrası kadınlarda artmış ağırlık ve vücut yağı
- Uzun boy
- İyi huylu meme hastalığı
- Yoğun meme dokusu
- Yüksek kemik mineral yoğunluğu
- Endojen östrojen ve hormon tedavisi
- Androjenler
- İnsülin yolu ve ilgili faktörler
- Daha erken menarş veya geç menopoz
- Nulliparite
- İlk tam süreli gebelikte artan yaş
- Kişisel meme kanseri öyküsü.
- Aile öyküsü ve genetik mutasyonlar
- Alkol kullanımı ve sigara
- Terapötik iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalma

Meme Kanseri Riskini Azaltan Faktörler (18-20)

- Tıbbi ve cerrahi risk azaltma stratejileri
- Emzirme
- Fiziksel aktivite

- Postmenopozal kadınlarda kilo kaybı
- Menopoz sonrası kadınlarda düşük yağlı beslenme düzeni

Meme Kanseri Riskinde Belirsiz Faktörler (18-20)

- Meyve ve sebze, balık ve zeytinyağından zengin diyet (örn. Akdeniz diyeti)
- Soya/fitoöstrojenler
- Kırmızı et ve işlenmiş et
- Lif alım
- Tanısal radyasyona maruz kalma
- Kalsiyum/D vitamini
- Steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar
- Bisfosfonatlar
- Ftalatlar
- Kısırlık

2.6.3. Meme Kanserinde Klinik Belirti ve Bulgular

Meme kanseri tanısı histolojik değerlendirme gerektirir. İnvaziv meme kanserinin tipik özellikleri aşağıda gözden geçirilmiştir.

Belirti ve semptomlar: Yerleşik meme kanseri tarama programlarına sahip ülkelerde, çoğu hasta anormal bir mamogram nedeniyle başvurur. Bununla birlikte, kadınların yüzde 15'ine mamogramda tespit edilmeyen bir meme kitlesinin (mamografik olarak gizli hastalık) varlığı nedeniyle meme kanseri teşhisi konur ve mamogramlar arasındaki aralıkta bir meme kitlesi (aralık kanserleri) olan başka bir yüzde 30'u vardır. (30). Ek olarak, tarama mamogramlarına erişimi olmayan kadınlar ve rutin tarama mamogramları almayan 40 yaşın altındaki daha genç kadınlar, cilt değişiklikleri olan veya olmayan bir meme veya koltuk altı kitlesi ile başvurabilirler (21).

Meme kitlesi: Kanserli bir lezyonun "klasik" özellikleri, düzensiz sınırları olan sert, hareketsiz, tek baskın bir lezyonu içerir. Bununla birlikte, bu özellikler iyi

huylu bir tümörden kötü huylu bir tümörden güvenilir bir şekilde ayırt edemez (21,22).

Lokal olarak ilerlemiş hastalık: Daha ileri bölgesel hastalık belirtileri arasında aksiller adenopati (bölgesel hastalığı düşündürür) veya inflamatuvar meme kanserini düşündüren eritem, kalınlaşma veya üstteki deride çukurlaşma (peau d'orange) gibi cilt bulguları bulunur (21).

Metastatik hastalık: Metastatik meme kanseri semptomları, ilgili organlara bağlıdır ve en yaygın tutulum bölgeleri kemik (örn., sırt veya bacak ağrısı), karaciğer (karın ağrısı, bulantı, sarılık) ve akciğerlerdir (örn. nefes veya öksürük) (21).

Görüntüleme bulguları: Meme kanserinin klasik mamografik bulguları, yumuşak doku kütlesi veya yoğunluğunun varlığını ve gruplandırılmış mikrokalsifikasyonları içerir. En belirgin özellik, yaklaşık yüzde 90'ı invaziv bir kanseri temsil eden sivri uçlu, yüksek yoğunluklu bir kitledir (21-23).

Meme ultrasonu genellikle iyi huylu ve kötü huylu bir lezyonu ayırt etmek için kullanılır. Malignitenin sonografik özellikleri arasında hipoekojenite; internal kalsifikasyon; gölgeleme; genişliğinden daha uzun bir lezyon; ve sivri, belirsiz veya açısal kenar boşlukları (23).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tipik olarak yüksek meme kanseri riski taşıyan kadınları taramak için kullanılır. Hemen hemen tüm invaziv meme kanserleri gadolinyum kontrastlı MRG'yi artırsa da, MRG biyopsi ihtiyacını ortadan kaldıracak kadar spesifik değildir. Meme kanserinin MRG özellikleri arasında düzensiz veya spiküle kitle marjları, heterojen iç kontrastlanma ve iç septanın güçlenmesi yer alır (24). Kontrastlı MRG'de kitlesel olmayan kontrastlanma, özellikle kontrastlanma bir fokal lezyonla ilişkiliyse veya segmental dağılım sergiliyorsa, invaziv bir lezyon şüphesini artırabilir (21,25).

2.6.4. Meme Kanserlerinde Histopatolojik ve Moleküler Sınıflandırma

Meme Kanserlerinde Histopatolojik Sınıflandırma

Meme kanserinin %95'ten fazlası epitel hücrelerinden köken alır ve karsinom olarak isimlendirilir. Genel olarak meme karsinomları in situ ve non invaziv karsinomlar ile invaziv karsinomlar olmak üzere iki ana gruba ayrılabilir (26,27).

Non-invaziv tümörler, malign epitelyal hücrelerin bazal membranla çevrili duktus ve asinuslar içinde sınırlı kaldığı ve etraftaki stromaya invazyon göstermeden çoğalan tümörlerdir. Bu tümörlerde bazal membran yapısı oldukça önemlidir çünkü invazyonun varlığını veya yokluğunu belirleyen ana unsurdur. İnvaziv karsinomda tümör hücreleri bazal membranı kat ederek etraf dokuya yapışır. Bu nedenle invaziv karsinomlar, lenf ve uzak organ metastazlarını lenf ve kan damarlarına invazyon göstererek gerçekleştirirler (27).

Non-invaziv tümörler (26-28)

- Duktal karsinoma in situ (DCIS)
- Lobüler karsinoma in situ (LCIS)

İnvaziv Karsinomlar (26-28)

- İnfiltrate duktal karsinom
- İnfiltrate lobüler karsinom
- Karışık duktal/lobüler karsinom
- Metaplastik karsinom
- Müsinöz karsinom
- Tübüler karsinom
- Medüller karsinom
- Papiller karsinom
- Diğer kanserler (Sarkom, Paget hastalığı, malign filloid tümör ve lenfoma bulunur).

Meme Kanserlerinde Moleküler Sınıflandırma

Gen ekspresyon profillerine dayalı olarak, aşağıdaki temel moleküler alt tipler tanımlanmıştır:

Lümen alt tipleri: Lümen alt tipleri, lümen A ve lümen B olarak karakterize edilir. Meme kanserinin en yaygın alt tipleridir ve östrojen (ER) pozitif meme kanserlerinin çoğunluğunu oluştururlar. "Lüminal" adı, bu tümörler ile memenin

lümen epiteli arasındaki gen ekspresyonundaki benzerlikten türemiştir. Tipik olarak sitokeratin 8 ve 18'i eksprese ederler (26,27).

HER2 ile zenginleştirilmiş: İnsan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (HER2) ile zenginleştirilmiş alt tip, meme kanserlerinin yaklaşık yüzde 10 ila 15'ini oluşturur ve HER2 ve proliferasyon gen kümelerinin yüksek ifadesi ve luminal ve bazal gen kümelerinin düşük ifadesi ile karakterize edilir. Bu tümörler genellikle ER ve progesteron (PR) için negatiftir. Klinik HER2-pozitif meme kanserlerinin sadece yarısı, moleküler profillemeye açısından zenginleştirilmiş HER2'dir; diğerk yarısı herhangi bir moleküler alt tipi içerebilir, ancak çoğunlukla HER2-pozitif lümen alt tiplerinden oluşur (26,27).

Bazal alt tipler: Bu tümörlerin oğ, ER, PR ve HER2 negatif oldukları için l negatıf meme kanserleri kategorisine girer (26,27).

2.6.5. Meme Kanserlerinde Evreleme

Meme kanseri, Amerikan Ortak Kanser Komitesi ve Uluslararası Kanser Kontrol Birliğı'nin Tümör, Düğümler ve Metastazlar (TNM) sınıflandırma sistemi kullanılarak evrelendirilir (Tablo 1). 1 Ocak 2018 tarihinden itibaren geçerli olan TNM evreleme sisteminin sekizinci baskısı, anatomik evre gruplarını ve biyobelirteç testini içeren prognostik evre gruplarını içerir (29,30).

TNM sisteminde hastalara ameliyat öncesi bir klinik evre (cTNM) atanır. Ameliyattan sonra patolojik evre (pTNM) belirlenir (29,30). Neoadjuvan tedavi gören hastalar için son patolojik evre y harfi (ypTNM) ile belirtilir (29,30).

Primer tümör: Klinik tümör (T) evresi klinik muayene ve/veya görüntüleme ile değerklendirilir. Meme kanserlerinin oğ anormal mamografik bulgularla ilişkili olsa da, özellikle mamografide tanımlanmayan bir meme kitlesi ile başvuran hastalarda, tümör boyutunu doğru bir şekilde değerklendirmek için meme ultrasonu ve/veya manyetik rezonans görüntüleme gerekebilir (29-31).

Lenf düğümleri: Bölgesel lenf düğümlerinin durumu, erken evre meme kanserinde en önemli prognostik faktörlerden biridir. Fizik muayene, aksiller lenf nodlarının durumunu belirlemek için hassas ve de güvenilir bir yöntem değildir. Çünkü metastatik lenf nodları genellikle palpe edilemez ve reaktif lenf nodları

metastaz ile karıştırılabilir. Klinik palpasyonun pozitif prediktif değeri yüzde 61 ila 84 arasında değişirken, negatif prediktif değeri sadece yüzde 50 ila 60'tır. Bu bulgulara göre aksiller evreleme yapılmalıdır (29-31).

Metastazlar: Meme kanseri ile başvuran hastaların çoğunda, memeyle sınırlı hastalık (evre I ila II) vardır ve lenf nodları hiç veya sınırlı (yani, üçten az) tutulmuştur. Metastatik hastalık için şüpheli belirti veya semptomların yokluğunda bu tür hastaları rutin olarak evrelemiyoruz. Lokal olarak ilerlemiş (T3 veya üstü, N2 veya N3, M0) veya inflamatuvar meme kanseri olan ve metastatik hastalık şüphesi olan belirti veya semptomları olan hastalara evreleme yapıyoruz (29-31).

Birincil tümör sınıflandırması: Tümör sınıflandırması için tanımlar, klinik veya patolojik olarak değerlendirilmiş olsun, aynıdır. Evrelemenin klinik mi yoksa patolojik kriterlere mi dayandığını belirtmek için cT veya pT ataması kullanılır. Varsa patolojik sınıflandırma tercih edilir.

Tx – Primer tümör değerlendirilemez.

T0 – Primer tümör kanıtı yok.

Tis – Karsinoma in situ.

Tis (DCIS) – Duktal karsinoma in situ.

Tis (Paget) – Altta yatan meme parankiminde invaziv karsinom ve/veya DCIS ile ilişkili olmayan meme ucunun Paget hastalığı. Paget hastalığı ile ilişkili meme parankimindeki karsinom, parankimal hastalığın boyutuna ve özelliklerine göre kategorize edilir, ancak Paget hastalığının varlığı yine de not edilmelidir.

T1 – Tümör en büyük boyutta ≤ 20 mm.

T1mi – En büyük boyutta tümör ≤ 1 mm.

T1a – Tümör >1 mm ancak en büyük boyutu ≤ 5 mm (herhangi bir ölçümde 1,0 ila 1,9 mm ila 2 mm arasında).

T1b – Tümör >5 mm ancak en büyük boyutta ≤ 10 mm.

T1c – Tümör >10 mm ancak en büyük boyutta ≤ 20 mm.

T2 – Tümör >20 mm ancak en büyük boyutta ≤ 50 mm.

T3 – Tümör >50 mm en büyük boyutta.

T4 – Göğüs duvarına ve/veya cilde doğrudan yayılan herhangi bir boyuttaki tümör (ülserasyon veya makroskopik cilt nodülleri).

T4a – Göğüs duvarına uzanım, sadece pektoralis kas yapışması/invazyonunu içermez.

T4b – İnflamatuvar karsinom kriterlerini karşılamayan ciltte ülserasyon ve/veya ipsilateral uydu nodülleri ve/veya ödem (peau d'orange dahil).

T4c – Her ikisi (T4a ve T4b).

T4d – İnflamatuvar karsinom.

Bölgesel lenf nodları: N

cNX – Bölgesel lenf düğümleri değerlendirilemez (örn. daha önce çıkarılmış).

cN0 – Bölgesel lenf nodu metastazı yok (görüntüleme veya klinik muayene ile).

cN1 – Hareketli ipsilateral seviye I, II aksiller lenf nod(lar)ına metastaz.

cN1mi– Mikrometastazlar (yaklaşık 200 hücre, 0,2 mm'den büyük, ancak hiçbirisi 2,0 mm'den büyük değil).

cN2 – Klinik olarak sabit veya keçeleşmiş aynı taraf seviye I, II aksiller lenf düğümlerine metastaz; veya klinik olarak belirgin aksiller düğüm metastazlarının yokluğunda aynı taraftaki dahili meme düğümlerinde.

cN2a – Birbirine sabitlenmiş veya diğer yapılara ipsilateral seviye I, II aksiller lenf düğümlerine metastaz.

cN2b – Yalnızca aynı taraf iç meme düğümlerinde ve klinik olarak belirgin aksiller düğüm metastazlarının yokluğunda metastaz.

cN3 – Düzey I, II aksiller lenf nodu tutulumu olan veya olmayan ipsilateral infraklaviküler (seviye III aksiller) lenf nod(lar)ında metastazlar; veya klinik olarak belirgin seviye I, II aksiller lenf nodu metastazları olan ipsilateral dahili meme lenf düğümlerinde; veya aksiller veya internal meme lenf nodu tutulumu olan veya olmayan ipsilateral supraklaviküler lenf nod(lar)ında metastazlar.

cN3a – Aynı taraf infraklaviküler lenf nod(lar)ına metastaz.

cN3b – Aynı taraf iç meme lenf nod(lar)ına ve aksiller lenf nodlarına metastaz.

cN3c – Aynı taraf supraklaviküler lenf nod(lar)ında metastaz.

Uzak metastaz: M

Mx: Değerlendirilemeyen uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

Tablo 1. Meme kanserinde AJCC UICC Sekizinci Baskı TNM evrelemesi.

T	N	M	Evre
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	IA
T0	N1mi	M0	IB
T1	N1mi	M0	IB
T0	N1	M0	IIA
T1	N1	M0	IIA
T2	N0	M0	IIA
T2	N1	M0	IIB
T3	N0	M0	IIB
T0	N2	M0	IIIA
T1	N2	M0	IIIA
T2	N2	M0	IIIA
T3	N1	M0	IIIA
T3	N2	M0	IIIA
T4	N0	M0	IIIB
T4	N1	M0	IIIB
T4	N2	M0	IIIB
Herhangi T	N3	M0	IIIC
Herhangi T	Herhangi N	M1	IV

2.6.6. Meme Kanserlerinde Tanı Yöntemleri

Meme kanseri için klinik, radyolojik ve patolojik tanı basamakları esastır.

Anamnez

Anamnezde, hastanın şikayeti detaylı bir şekilde sorgulanmalı ve hastanın meme kanseri açısından riskli grupta yer alıp almadığı incelenmelidir. Hastanın yaşı, menstruasyon durumu, menapozdaki değişiklikler, gebelikleri ve doğumları ile hormon tedavisi alıp almadığı dikkatle araştırılmalıdır. Hastada öncesinde geçirilmiş meme kanseri veya diğer organ kanseri öyküsü de sorgulanmalıdır. Yakın akrabalarında meme kanseri olup olmadığı da büyük önem taşır (21,32).

Fizik muayene

Premenopozal kadında fizik muayene için en uygun zaman memenin en az gergin düzeyde olduğu menstrüasyonu takip eden haftadır. Fizik muayenede palpasyonla kitle benign, malign ya da kuşkulu olarak tanımlanabilir ancak bu özellikler net değildir (21). Benign kitleler genellikle iyi sınırlı, hareketli, sert ya da yumuşak olarak palpe edilirler, üzerindeki deride değişikliğe yol açmazlar. Malign kitleler ise sert, immobil, çevre yumuşak doku ve deriye fikse şekilde palpe edilirler, sınırları düzensizdir ayrıca deride çöküntü, meme başında çekilme ve kanlı akıntı saptanabilir (21,32). Tek başına meme muayenesi ile doğru tanı konma oranının %44-85 arasında değiştiği bildirilmiştir (21,32).

Görüntüleme yöntemleri

Meme kanseri için şüpheli lezyonları tanımlamak için çeşitli görüntüleme yöntemleri geliştirilmiştir. Mamografi, meme kanseri taramasının temel dayanağı olmaya devam ediyor. Dijital mamografiye göre potansiyel olarak daha iyi performans sergileyen dijital meme tomosentez, birincil tarama aracı olarak geniş çapta benimsenmiştir (21,32-35). Ultrasonografi, olası bir lezyonun özelliklerini netleştirmek için tarama mamografisinde görülen bir anormalliğin tanısal takibinde yaygın olarak kullanılır. Ultrason, yoğun göğüsleri olan kadınlarda mamografik taramayı desteklemek için kullanılabilirken, bunun faydasını destekleyen veriler yetersizdir. Meme kanseri taraması için mamografi ile birlikte manyetik rezonans

görüntülemenin (MRI) rolü de genişlemektedir, ancak bu sadece yüksek riskli hastalardadır (21,32-34).

Mamografi: Test performans özellikleri ve mamogram raporlarının yorumlanması dahil olmak üzere mamografinin özellikleri ayrı olarak daha ayrıntılı olarak tartışılmaktadır. Unutulmamalıdır ki, mamografi, ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü de dahil olmak üzere tüm büyük uzman grupları tarafından ortalama risk altındaki kadınların asemptomatik olarak taranması için önerilen tek tarama görüntüleme yöntemidir (32,35).

Film mamografi: Film mamografi, asemptomatik erken evre meme kanserini açıkça tespit edebilir. Ancak klinik olarak önemli olan soru, mamografi ile taramanın meme kanseri mortalitesini azaltıp azaltmadığıdır (32).

Tam alan dijital mamografi: Tam alan dijital mamografi, görüntünün bir elektronik dedektör tarafından yakalanması ve bir bilgisayarda saklanması dışında geleneksel film ekranlı mamografiye benzer görüntüleme tekniğidir. 2015 itibarıyla, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından akredite edilmiş tüm mamografi ünitelerinin yüzde 95'inden fazlası tam alanlı dijital ünitelerdir (32). Birkaç çalışma, dijital ve film mamografi arasında kanser tespit oranlarında çok az fark bulmuştur (32,35).

1993 yılında, mamografi raporlarındaki terminolojinin standardizasyonu amaçlı Amerikan Radyoloji Derneği tarafından 'Breast Imaging Reporting and Data System' (BIRADS) geliştirilmiştir (32,36).

BI-RADS 0: Ek görüntüleme yöntemlerine gereksinim duyan

BI-RADS 1 veya 2: Normal veya iyi huylu bulgular. Hasta rutin yıllık tarama mamografisine devam edebilir.

BI-RADS 3: Muhtemel iyi huylu bulgular. Hasta tanısal mamografiyi altı ay sonra tekrar etmelidir.

BI-RADS 4: Malignite şüphesi var. BI-RADS 4 lezyonları, duktal karsinoma in situ (DCIS) veya invaziv kanser olabilen, yüzde 3 ila 94'lük bir malignite riskine sahiptir.

BI-RADS 5: Yüksek derecede maligniteyi düşündürür. Bu tür lezyonların malign olma olasılığı yüzde 95'in üzerindedir.

Biyopsiye ek olarak, BI-RADS 5 (ve bazı BI-RADS 4C [yüzde 50 ila 94 malignite riski]) hastaları erken cerrahi konsültasyondan fayda görecektir (32).

Tomosentez: Dijital meme tomosentezi, üç boyutlu (3D) görüntüler sağlar ve hareketli bir x-ışını kaynağı ve dijital dedektör kullanan dijital mamografinin bir modifikasyonudur. Meme tomosentezi Amerika Birleşik Devletleri'nde meme kanseri taraması için onaylanmıştır (32,34). Buna karşın tomosentezin meme kanseri mortalitesi üzerindeki etkilerini değerlendiren sonuçlanmış hiçbir çalışma yoktur (32,34).

Manyetik rezonans görüntüleme: Ortalama meme kanseri riski taşıyan kadınlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile taramanın faydasını gösteren randomize çalışmalardan elde edilen hiçbir veri yoktur (32,34). Yoğun meme dokusu olan kadınlarda mamografiye ek olarak araştırılmaktadır, ancak veriler MRG'yi yalnızca göğüs yoğunluğuna dayalı olarak önermek için yetersizdir (32).

Ultrasonografi: Ultrasonografi (US), meme kanseri mortalitesini azaltmada bir etki için meme kanseri taramasının randomize çalışmalarında değerlendirilmemiştir. Meme kanseri için uygun bir başlangıç tarama yöntemi değildir, ancak meme yoğunluğu artmış kadınlarda tarama için mamografiye ek olarak değerlendirilmektedir (32-35).

Biyopsi

Meme görüntülemesinde şüpheli bir anormallik veya şüpheli bir ele gelen meme kitlesi olan hastalarda, ilk tanı tekniği olarak cerrahi biyopsi yerine perkütan iğne biyopsisi yapılmalıdır. Cerrahi biyopsi genellikle yalnızca perkütan biyopsinin uygulanabilir veya kesin olmadığı durumlarda kullanılmalıdır (32,37,38).

Uygulama kılavuzları, tüm BI-RADS 4 ve 5 lezyonları için biyopsi önermektedir (38).

Çoğu hasta için kor biyopsi, meme biyopsisinin tercih edilen başlangıç yaklaşımıdır (37). Hücresel ve malign olması muhtemel lezyonlarda (örneğin,

invaziv duktal karsinom), intraprosedürel sitopatolojili ince iğne aspirasyonu (İİA), özellikle şüpheli nodların değerlendirilmesinde hasta yönetimini hızlandırabileceğinden bir alternatiftir. Cerrahi biyopsi, ilk biyopsi yöntemi olarak kullanılsa da, perkütan biyopsilerin uyumsuz veya sonuçsuz sonuçlarını daha fazla araştırmak için gerekli olabilir (38).

Kor biyopsi, US, röntgen veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile görüntü rehberliği altında gerçekleştirilir (38). Hedef lezyon bu modalite ile iyi görüntüleniyorsa US rehberliği tercih edilir. Stereotaktik veya tomosentez biyopsisi, net bir US korelasyonu olmaksızın mamografik anormallikler için yapılır (37). MRG kılavuzluğunda biyopsi, yalnızca MRG'de görünen lezyonlar için yapılır (38).

Kor biyopsi sonuçları yetersiz veya uyumsuz olduğunda cerrahi biyopsi gerekir. Cerrahi biyopsi ile lezyonun tamamı (eksizyonel biyopsi), sadece bir kısmı (kesi biyopsisi) veya üzerindeki deri (cilt biyopsisi) alınabilir (38). Ele gelmeyen lezyonları olan ve eksizyon gerektiren hastalarda tel veya diğer cihazlarla lokalizasyon yapılması gerekir (32,37).

2.6.7. Meme Kanserlerinde Prognostik Faktörler

Meme kanserinin izleyeceği yol bir çok nedene bağlı olarak değişkenlik gösterir. Prognostik faktörler risk analizi ve tedavinin şekillenmesinde yol göstericidir (39-42).

Aksiller lenf bezi tutulumu

Meme kanserinde en önemli prognostik faktördür. Prognozu en iyi olanlar aksiller lenf nodu negatif değerlendirilenlerdir. Aksilla pozitif olgularda ise tutulan lenf nodlarının sayısı ve lokalizasyonu değerlidir. Aksiller lenf bezi tutulumunun değerlendirilmesinde cerrahi diseksiyon ve histopatolojik inceleme esastır (39,42). Aksiller metastazı olmayanlarda 10 yıllık hastalıksız sağkalım %70 iken aksiller lenf nodu sayısı arttıkça bu oran azalır (42).

Tümör boyutu

Aksiller lenf nodu negatif hastalarda primer tümör boyutu meme kanseri nüksünü öngörmede en güçlü olan faktördür. 2 santimetreden küçük tümörlerde genel sağkalım oranı en yüksektir. Tümörün boyutu arttıkça lenf nodu tutulumuna

bakılmaksızın sağkalım azalmaktadır, yine aynı şekilde tutulan lenf nodu sayısı arttıkça tümör boyutuna bakılmaksızın sağkalım azalmaktadır (39,40,42).

Histolojik tip

Meme kanseri olan hastalarda invaziv duktal karsinom, en sık tanısı konulan ve en kötü prognoza sahip olan histolojik tipdir (42). İyi prognoza sahip ve nadiren metastaz yapan tümörler; Müsinöz, tübüler ve papiller karsinomlar olarak sayılabilir. (42).

Tümör differansiyasyon derecesi (Grade)

Bir tümörün derecesi, morfolojik özelliklerin (ör. tübül oluşumu, mitotik sayı ve değişkenlik ve hücrel çekirdeklerin boyutu ve şekli) değerlendirilmesi ve her özellik için 1 (en uygun) ile 3 (en az olumlu) arasında bir puan verilip toplam puan şeklinde belirlenir (42). Buna göre 1. derece tümör 3 ile 5 arasındaki birleşik puanlara, 2. derece tümör birleşik 6 veya 7 puana ve 3. derece tümör ise birleşik 8 veya 9 puana karşılık gelir (42).

Moleküler belirteçler

Kanser tespit edilirse hormon reseptör durumu belirlenir. Ek olarak, hastalar hastalığın lokal ve uzak yayılımını belirlemek için uygun bir evreleme çalışması ile ilerlemelidir. Metastatik meme kanseri belirtileri veya semptomları ile başvuran kadınlara ek görüntüleme yapılmalıdır; ayrıca metastatik meme kanseri tanısını doğrulamak için en az bir metastatik lezyondan biyopsi yapılmalıdır (42,43).

Yeni teşhis edilen tüm meme kanserleri, östrojen (ER) ve progesteron (PR) reseptör ekspresyonu ve insan epidermal büyüme faktörü 2 (HER2) reseptörlerinin aşırı ekspresyonu için test edilmelidir. Bu bilgi hem prognostik hem de terapötik amaçlar için kritik öneme sahiptir (42,43).

Hormon reseptörleri yani ER ve PR, özellikle ilk tanıyı takip eden ilk beş yılda invaziv meme kanseri için prognostik faktörlerdir (42). Ek olarak, ER ve/veya PR pozitif olan hastalar neoadjuvan veya adjuvan tedavi olarak endokrin tedaviye adaydır (42). ER pozitifliği, tümör hücrelerinin yüzde 1'inden fazlasında ER ve PR için immünohistokimya (IHC) ile tanımlanır (42). Metastatik hastalıkta da hormon

pozitifliği olan hastalar endokrin tedaviler için uygun hastalar olarak kabul edilir (43).

İnsan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (HER2) aşırı ekspresyonu hastaların yüzde 20'sinde mevcuttur ve HER2'ye yönelik tedaviden fayda görecektir olanları tahmin eder (42,43). HER2 aşırı ekspresyonu, istilacı tümör hücrelerinin (IHC 3+) > yüzde 30'unun tek tip yoğun membran boyaması veya HER2/CEP7 (sentromerik prob - kromozom 17) oranı olarak tanımlanan floresan in situ hibridizasyon ile HER2 gen amplifikasyonunun varlığı ile tespit edilir. ≥ 2.0 (42).

Meme kanseri, ER, PR ve HER2'yi ifade edip etmemelerine göre farklı alt tipler halinde karakterize edilebilir (42). Irklara göre değişmek üzere hormon reseptörü (ER ve/veya PR) pozitif kanserlilerin oranı %80 olarak bildirilmişken, HER2 aşırı eksprese edenlerin oranı ise % 23 olarak (42). HER2 aşırı ifade eden tümörlerin de yüzde 67'si hormon reseptörü pozitifken, 32'si sırasıyla hormon reseptörü negatiftir (42,43). Üç moleküler belirtecin yani ER, PR ve HER2'nin negatif olduğu üçlü negatif meme kanseri tüm meme kanserlerinin %13'ünü oluşturur (42,43).

Meme kanserinin gelişiminde büyüme fraksiyonu ya da yüksek proliferasyon yeteneğini gösteren mitotik indeks, timidin işaretleme indeksi ve Kİ67 yüksek oranları kötü prognostik faktörlerdir (42,43).

2.6.8. Meme Kanseri Tedavi

Cerrahi Tedavi

Meme kanserinin esas tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedaviye ek olarak genellikle radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi ve hedefe yönelik moleküler tedavi de uygulanmaktadır (42,43).

Modern meme cerrahisinde kullanılan mastektomi türleri arasında modifiye radikal mastektomi (MRM), basit mastektomi, cilt koruyucu mastektomi (SSM) ve meme başı koruyucu mastektomi (NSM) bulunur. Radikal mastektomi, nadiren endike olan eski bir prosedürdür (44,45).

Mastektomiyi takiben, meme rekonstrüksiyonu aynı zamanda ("hemen") veya kanser tedavisinin tamamlanmasından sonra ("gecikmeli") başlayabilir (45,46).

Planlanan rekonstrüksiyonun zamanlamasının mastektomi tekniklerinin seçimi üzerinde önemli etkileri vardır (44-46). Hemen rekonstrüksiyon yapılmayan hastalar için MRM veya basit mastektomi yapılır (46). Modifiye radikal mastektomi, seviye 1 ve 2 aksiller lenf nodu diseksiyonunu içerir ve mastektomi yapılan, biyopsi ile kanıtlanmış aksiller metastazları olan veya sentinel lenf nodu biyopsisi için haritalama yapamayan hastalarda kullanılır (45) Klinik olarak nod negatif hastalarda basit mastektomi ve sentinel lenf nodu biyopsisi yapılmalıdır (45).

Bir MRM, memenin ve pektoralis majör kasının altındaki fasyanın, seviye I ve II aksiller lenf nodlarıyla birlikte tamamen çıkarılmasıdır (44,45). Birkaç randomize çalışma, daha az morbidite ile radikal mastektomi ile karşılaştırıldığında MRM ile eşdeğer sağkalım oranlarını belgelemiştir (45,47).

Basit veya total mastektomi ayrıca tüm memenin ve pektoralis majör kasının altındaki fasyanın tamamen çıkarılmasını gerektirir (45). Modifiye radikal mastektomi ile basit mastektomi arasındaki tek fark, birincisinin seviye 1 ve 2 aksiller diseksiyon içermesidir (44,45). Sentinel düğüm biyopsisinin ortaya çıkmasıyla birlikte basit mastektomi geçmişe göre daha sık yapılmaktadır (45).

Hemen rekonstrüksiyon ile terapötik veya profilaktik mastektomi planlayan hastalar için bir SSM veya NSM düşünülmelidir (46). Ne kadar derinin korunacağı, meme başı-areolar kompleksin (NAC) korunup korunmayacağı ve kullanılacak uygun kesiler ile ilgili kararlar, meme cerrahı ile plastik cerrah arasında koordinasyon gerektirir (45,46).

Profilaktik amaçlarla mastektomi yapılan çoğu hasta için (tipik olarak acil rekonstrüksiyon ile), bir SSM veya NSM çoğu zaman en iyi kozmetik sonucu sağlayacaktır. Bununla birlikte, istisnalar vardır (örneğin, büyük, sarkık göğüslü kadınlar veya daha büyük bir kap boyutuna yeniden yapılandırmak isteyen kadınlar) (45,46).

Deri koruyucu cerrahi (SSM), doğal meme derisi zarfının çoğunluğunun korunduğu bir cerrahi tekniktir (45,48). Aksine, geleneksel bir mastektomi insizyonu (MRM veya basit mastektomi için) üstteki derinin daha büyük bir bölümünü çıkarır. (45).

Retrospektif ve prospektif çalışmalar, meme ve cilt arasındaki diseksiyonun titizlikle yapılması şartıyla, standart mastektomi ile karşılaştırılabilir bir SSM sonrası lokal nüks oranlarının yüzde 0 ila 7 arasında değiştiğini bulmuştur (45,48). Dermal lenfatiklerin kanser hücresi invazyonu nedeniyle inflamatuvar meme kanseri için kontrendikedir (45).

Bir NSM, meme ucunun dermisini ve epidermisini koruduğu, ancak ana kanalları meme ucu lümeninden çıkardığı, diğer teknikler ise Meme başı areola kompleksini (NAC) çıkardığı için diğer mastektomi tekniklerinden farklıdır. Meme başı korunamazsa, meme ucunun çıkarılması ve areolanın korunması (areolar koruyucu mastektomi) seçeneği de vardır; bu, özellikle meme ucu büyük olmayan kadınlarda kozmetik sonucu da koruyabilir (45). Buna karşın, NSM ile ilgili randomize çalışma yoktur ve klinik serilerde uzun süreli takip sınırlıdır (45).

Modern meme cerrahisinde radikal mastektomi nadiren kullanılır (45). Radikal (Halsted) mastektomi, memenin, üstteki derinin, pektoralis majör ve minör kaslarının ve tüm aksiller içeriğin (seviye I, II ve III düğümleri) toplu olarak çıkarılmasından oluşur (45).

Radyoterapi

Küratif meme cerrahiye takiben geride kalan kanser hücrelerini öldürmek için kullanılmaktadır (45). Günümüzde erken evre (Evre 1 ve 2) meme kanserinde kabul gören tedavi; bazı ender durumlarda mastektomi olmasına rağmen çoğunlukla meme koruyucu cerrahidir ve sentinel lenf bezi örneklemesidir (45). Aksiler diseksiyon sadece sentinel lenf nodu pozitif bulunan hastalara uygulanmaktadır (45). Bu hasta grubunda rutin uygulama olarak koruyucu cerrahi sonrası tüm meme radyoterapisi gerekmektedir (45). Radyoterapi uygulaması ile birlikte rekürrensi yaklaşık %50, kansere bağlı ölüm riskini yaklaşık %20 azaldığı gösterilmiştir (45). Mastektomi yapılan hastalarda; lenf nodu metastazı ve 5cm'den büyük tümör çapı saptanmış ise cerrahiden sonra radyoterapi uygulanmalıdır (45).

Radyoterapi ayrıca metastatik hastalarda semptomatik olarak da kullanılmaktadır (49). Radyoterapi; hem yük taşıyan kemiklerdeki patolojik fraktürlere karşı hem de kemik metastazlarının neden olduğu ağrılarda palyasyon amacıyla kullanılabilir (49).

Sistemik Tedavi

Meme kanserinde sistemik tedavi; kemoterapi, hormonoterapi ve hedefe yönelik ajanlar olarak sıralanabilir. Bu tedaviler farklı mekanizmalar ile tüm vücutta sistemik etki oluşturlar (45,49). Cerrahi öncesi uygulanan sistemik tedavi neoadjuvant tedavi olarak adlandırılır (45). Cerrahi olarak uygun olmayan lokal olarak büyümüş tümör, neoadjuvan tedavi ile operabl hale getirilebilmektedir (45). Cerrahi sonrası uygulanan sistemik tedavi adjuvant tedavi olarak isimlendirilir (45). Meme kanserinde tanı anında mikrometastazların var olduğunun, primer lokal cerrahi ve radyoterapiye sistemik kemoterapi ve hormonal tedavilerin eklenmesi nüks riskini azalttığı ve sağkalımı uzattığı gösterilmiştir. Böylece meme kanserinde adjuvan sistemik tedavinin kullanımı başlamıştır (45).

Meme kanserli hastalarda östrojen ya da progesteron reseptörleri pozitif saptanırsa, hormonal tedavi ile östrojen ve progesteron düzeyleri düşürülerek kanser hücreleri üzerine olan olumsuz etkileri engellenebilir (45).

Tamoksifen; selektif östrojen reseptör düzenleyicisi olup (SERM), meme dokusunda antiöstrojen etki gösterirken, uterus, kemik gibi diğer dokularda östrojenik etki göstermektedir. Adjuvan olarak ya da metastatik meme kanseri tedavisinde tamoksifen kullanılabilir (45,49). Sadece hormon reseptörü pozitif olan tümörlerde etkilidir. Meme kanseri gelişme ihtimali tamoksifen kullanımı ile azaldığı gibi endometrial kanser gelişme riskinin arttığı ispatlanmıştır. Klinik çalışmalarda tamoksifenin ideal kullanım süresi 7 yıl olarak belirlenmiştir ancak son çalışmalar sürenin 10 yıla uzatabileceği yönündedir (50,51).

Aromataz inhibitörleri, androjenlerden östrojen sentezini inhibe ederek etki gösterirler. Adjuvan tedavi olarak post menopozal kadın hastalarda kullanılmaktadır. Metastatik hastalıkta da yeri olan bu gruptaki ilaçlar; letrozol, anastrozol, ekzemestan şeklinde sıralanabilir (50,51).

Fonksiyonel overleri östrojen düzeylerini azaltarak baskılayan LHRH agonistleri (goseralin veya leuprolide) de premenapozal kadınlarda hormonal tedaviye eklenebilir (45,50,51).

HER2 proteini aşırı ekspresyonu meme kanserlerinin yaklaşık %15 ile 20'sinde saptanmaktadır (42,43,45,49). HER2 pozitif tümörler hızlı progrese olurlar

ve HER2 negatif tümörlerle kıyaslandıklarında rekürrens riskleri daha yüksektir (42). Erken evre HER2 pozitif meme kanseri olgularında standart kemoterapiye ek olarak trastuzumab verilen gruba tek başına kemoterapi alan grup karşılaştırıldığında sırasıyla %52 ve %33 oranında nüks ve ölüm riskinde azalma saptantığı çalışmalarda gösterilmiştir (42). Trastuzumab ve yeni nesil diğer anti-HER2 monoklonal antikor ve triozin kinaz inhibitörlerinin neoadjuvant ve metastatik hastalık tedavilerinde oldukça önemli tedavi başarıları mevcuttur (42,43,45,49).

2.6.9. Meme kanserinden korunma

Birincil korunma

Değiştirilme imkanı olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin sebep olabileceği hasarların giderilmesi ile yeni kanser olgularının oluşmasının önlenmesi sağlayan yöntemleri içerir (52). Kanserın ortaya çıkmasından sorumlu risk faktörleri; genetik faktörler, çevresel faktörler ve yaşam tarzı ile ilgili faktörler olarak üç gruba ayrılabilir (52).

Meme kanseri gelişme ihtimalini azaltan kanıtlanmış üç tedavi yaklaşım; profilaktik ooferektomi, profilaktik mastektomi ve kemoprevensiyon olarak tamoksifen ya da raloksifenin kullanımıdır (52,53). Profilaktik mastektomi, hem kanser tanısı olanlarda hem de kanser tanısı almamış bireylerde BRCA1/2 mutasyonu başta olmak üzere genetik yatkınlığı olanlarda, daha önceden geçirilmiş meme kanseri hikayesi bulunanlarda ya da çok yüksek riskli kadınlarda uygulanabilir (53).

İkincil korunma

İkincil korunma, risk faktörlerine maruziyetin ardından, biyolojik olarak hastalığın başladığı fakat semptomatik olmadığı dönemde, erken tanı ve tedaviye yönelik yaklaşımıdır (54,55).

Erken tanı, meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en etkin yoludur. Bu aşamada tarama programları çok önemlidir. Meme kanserinin erken dönemdeki tarama yöntemleri; kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografidir (54,55).

Kendi kendine meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde tanınmasına yönelik kadınların, meme ve etrafındaki bölgeyi, şekil değişikliklerini ve olası kitlesel lezyonları belirlemek için düzenli aralıklarla kendilerini muayene etmesidir. Meme dokusundaki anormalliklerin daha erken ve daha iyi tanımlanması için, kendi kendine meme muayenesinin düzenli ve periyodik aralıklarla yapılmalıdır (54,55).

Amerikan Kanser Birliği, semptomu olmayan kadınlara 20 yaşından itibaren kendi kendine meme muayenesinin yararlarının ve sınırlılıklarının anlatılmasını; anormal bir bulgu saptadıklarında sağlık personeline başvurulması gerektiğini önermektedir (54,55). Kendi kendine meme muayenesi için memelerin ağrılı ve hassas olmadığı, adet kanamasından sonraki 5.-7. günler en uygun zamandır. Gebelerde, adet düzensizliği olan kadınlarda ve postmenopozal dönemde, her ayın aynı günü kendi kendine meme muayenesi yapılması tavsiye edilir (55).

Klinik meme muayenesi, bireyin bir sağlık çalışanı (doktor, hemşire, vb..) tarafından meme muayenesinin yapılmasıdır. Meme kanserinde mortaliteyi azaltmak ve erken tanı için geliştirilmiş bir tarama yöntemidir (55).

Amerikan Kanser Derneği, meme kanseri açısından yüksek riskli kabul edilen kadınlara yıllık mamografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemini önermektedir (54,55). Meme kanseri açısından yüksek riskli kabul edilen kadınlar şöyle sıralanabilir;

- BRCA veya diğer duyarlılık genleri olanlar,
- Birinci derece yakınında BRCA gen mutasyonuna sahip olanlar
- Toraksa radyasyonöyküsü olanlar (10-30 yaşları arasında özellikle)
- Hesaplanmış yaşam boyu meme kanseri geliştirme riski yüzde 20'den fazla olanlar
- Li-Fraumeni sendromu, Cowden sendromu olanlar veya birinci derece yakınlarında bu sendromlardan herhangi biri olanlardır (54,55).

Üçüncül korunma

Hastalığın klinik bulgu ile prezente olduğu dönemde, bireyin uygun tedavi ile hastalığın olumsuz sonuçlarından korunmaya çalışılmasıdır. Asıl amaç; bireylerin yaşam kalitelerinin ve/veya yaşam sürelerinin artırılmaya çalışılmasıdır (56).

2.7. Kanser Tanısı Olan Hastalarda Psikososyal Sorunlar

Günlük hayatın içerisinde "kanser" ibaresi halk tarafından olumsuz karşılanır. Kanser tanısı ihtimali olan ya da bu tanıyı alan hastalarda ise negatif duygu ve düşüncelerin oluşması neredeyse kaçınılmazdır (57,58). Kanser bir yıkım gibi hissedilir ve kişinin psikolojik dengesinde krize yol açar. Kriz; sağlıklı yaşamdan, hastalık ve ölüm tehdidine uyuma uzanan bir süreçtir (57-60).

Her insanın kanser tanısına verdiği tepki farklılık gösterebilir (57,58). Birinci aşamada en sık karşılaşılan tepki, şaşırma ve inkar etmedir. Aslında bu iki tepki vücudun strese karşı psikolojik olarak başa çıkma yöntemidir. Bir anlamda, kendini kaygıdan korumak için gerçeği reddeder (57,58). İkinci aşamada, kızgınlık ve depresyon oluşur. Hastanın kızgınlık ve isyanını anlatamaması, depresyon geliştirme olasılığını artırır (57,58). "Neden ben" veya "Neden benim başıma geldi?" türü öfkelenmeler ve isyan duyguları gelişebilir (57-59). Bu direnme gibi görünen tepkilerin ardından ise uyum dönemi gelir (57-59). Tedavi bitiminden sonra da yeni duruma uyum problemleri görülebilir. Buna karşın tüm kanser hastasının psikolojik zorluk yaşadığı fikri gibi tüm tepkileri normalleştirerek kabul edilmesi gerektiği fikri de doğru değildir (57).

Meme kanseri tanısı konulan hastalarda hem tanı sürecinde hem de tedaviler esnasında ve tedavilerin tamamlanmasından sonraki dönemlerde psikolojik sorunlar sık olarak görülür (60,61). Tanı ve tedavi süreçlerindeki her bir seçenek bireylerdeki stres seviyesini körükler (60). Ayrıca kullanılan tedavi yöntemlerinin ve ilaçların nöropsikiyatrik yan etkileri mevcuttur (59,61,62). Bu da kanser tanı ve tedavisi sürecinde hastanın rolü, hastane ortamı, yeniden sosyal hayata katılma ve yeni yaşama uyum sağlama zorluğu gibi problemler meydana getirir (58,60,61). Kanser hastalar bahsi geçen bu dönemlerde çeşitli ve farklı ruhsal, duygusal, davranışsal tepkiler geliştirirler. Bir çok faktör kanser hastalarının psikolojik açıdan doğru değerlendirilmesi için dikkate alınmalıdır (57,58,60). Bunlar;

1.Hastalığa Ait Özellikler: Hastalanan organ, işlev kaybının varlığı, tedavinin yan etkileri.

2.Hastaya Ait Özellikler: Hastalığa ilişkin genel algı, kişilik yapısı, yaşı, yaşam dönemi, hastalığının üstesinden gelme yöntemleri

3.Psikososyal Çevre: Ailenin, toplumun hastalığı algılama şekli, hastanın aile ile münasebeti, hasta-aile ve tedavi ekibi ilişkisi ve işbirliği.

Elisabeth Kübler Ross, kanserde psikolojik basamakları (tıpkı depresyon aşamaları gibi) hastanın kanser teşhisini nasıl karşıladığından, verdiği tepkilerin sürecine dek beş aşamada tanımlamıştır (63):

1-İnkar

2-Öfke

3-Pazarlık

4-Depresyon

5-Kabullenme

Tüm bu süreçler dahilinde meme kanserli hastalarda psikososyal değerlendirme kanser tedavisinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (56). Kanser tanısının ve tedavi sürecinin ailesel, mesleki, ekonomik, sosyal olumsuz etkilerinin haricinde bir kadınlık organı gibi algılanan meme organının kaybı da toplumda bir çeşit damgalamaya ve ailesel sorunlar, cinsellik problemleri, ayrılık, aldatılma ve intihar girişimlerine kadar genişleyen sorunlara neden olabilir (58,60,61). Bu nedenle meme kanseri tanısı olan kadınların psikososyal yönden de değerlendirilmesi ve yönetimleri oldukça önemlidir (62). Kanser hastalarında psikolojik danışmanlık ve psikiyatrik değerlendirme gerektiren semptom ve bulgular şu şekilde sıralanabilir:

- Hastalığa uyum güçlüğü
- Sıkıntı
- Çökkünlük
- Zihinsel karışıklık
- Umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk duyguları

- Sosyal geri çekilme
- Panik
- İlgi alanının daralması
- Hastalığın seyrini, tedaviye cevabını olumsuz etkileyen anksiyete, depresyon, korku gibi duygusal, zihinsel, davranışsal tepkiler
- İntihar girişimi, çevredekilere zarar verme, agresif tutumlar
- İleri davranış bozuklukları
- İşbirliği, tıbbi bakım ve tedaviye uyum güçlüğü
- Tedavi ekibi ile çatışma
- Geçmiş; psikiyatrik hastalık öyküsü
- İlaç yan etkisi ve ilaç etkileşimleri
- Kişilik değişiklikleri
- Dikkat bozuklukları
- Sürekli kaygı ve karamsarlık
- İnkâr ve tedaviyi reddetme
- Matem tepkiler
- Yaşam ideallerinin yok olması
- Uyku ve gıda alımına ilişkin sorunlar
- Tıbbi bakım ve tedaviyi olumsuz etkileyen kişilik sorunları
- Mesleki işlevsellerden uzaklaşma
- Geleceğe dönük plan yapamama
- Fiziksel hastalığa bağlı ya da tedavi sürecinde ortaya çıkan cinsel sorunlar (57,59,61).

2.7.1. Benlik (Öz benlik) ve Benlik Saygısı

Benlik kavramı en genel anlamıyla, zaman içinde kendimizi değerlendirmemiz hususunda sahip olduğumuz görüşü anlatır (5,7). Benlik kavramı bireyin sosyal çevresinden aldığı olumlu ya da olumsuz geribildirimlere dayanarak toplumsal etkileşimler sonucu gelişir (7).

Benlik saygısı, bireyin kendi değerine dair yapıyor olduğu öznel değerlendirmedir (5,7,64). Bireyin kendi hakkındaki inanışlarını ve başarı, umutsuzluk, övünç ve mahcubiyet gibi soyut durumları içerir. (64).

Benlik saygısı, benlik kavramından farklıdır. Bireyin kendisi hakkındaki pozitif ve negatif değerlendirmelerini ve bunların sonucu olacak duygulanımları içerir (64). Benlik saygısı belirli bir vasıf için geçerli olabileceği gibi (örneğin, "İyi bir yazar olduğuma inanıyorum ve bundan dolayı kendimi mutlu hissediyorum") bireyin kendisine dair genel bir değerlendirmesini de kapsayabilir (örneğin, "Kötü bir insan olduğuma inanıyorum ve kendim hakkında kötü hissediyorum.") (5,7,64).

Benlik saygısı kalıcı bir kişilik özelliği (sürekli benlik saygısı) olarak değerlendirilebileceği gibi, kısa vadeli bir durum (durumsal benlik saygısı) olarak da ele alınabilmektedir (64).

Kanserde benlik saygısı, çeşitli şekillerde bir sonuç değişkeni, diğer psikososyal sonuçların aracısı ve başa çıkmayı kolaylaştıran kişisel bir kaynak olarak görülmüştür (64,65). Benlik saygısının çok boyutlu olduğunun giderek daha fazla kabul görmesine rağmen, küresel benlik saygısının tek boyutlu ölçümleri araştırma çalışmalarında sıklıkla kullanılmıştır. Şimdiye kadarki çalışmalar, genel benlik saygısının değerlendirilmesinde kanser hastaları ve sağlıklı gönüllüler arasında anlamlı fark ortaya koymadı. Çok boyutlu benlik saygısının özellikleri, özellikle vücut benlik saygısı, kanserli birçok hastada olumsuz yönde etkilenmiş olarak görünmektedir (65).

Benlik saygısı tayini

Rosenberg, benliğin çeşitli ayırt edici elementleri olduğunu, hiyerarşik bir düzenleme içerisinde son derece karmaşık bir denkleme göre bir araya geldiğini, global benlik değeri yargısına, yapılandırılan spesifik alanları ölçmekten ziyade

bireyin kendi özünü, varoluşunu genel olarak değerlendirmesini içeren benlik kavramlarından söz eder (66). Rosenberg'in çalışmalarının odak noktası benliği bir özne olarak değil, bir nesne olarak ele almasıdır. Buna kavrama göre benlik algısı, bireyin bir nesne gibi kendine yönelttiği duygu ve düşüncelerinin bir toplamı olup, benliğin bir resmini, görüntüsünü verir (66).

Rosenberg benlik kavramının kuramsal yapısını üç temel bölümde inceler (66,67):

- 1) Mevcut benlik,
- 2) Arzu edilen benlik,
- 3) Sunulan benlik.

Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendini değerlendirirken aldığı tutumun yönüne bağlı olduğunu ifade eder (67). Kişi kendini değerlendirirken olumlu bir tutum içindeyse benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içindeyse benlik saygısı düşük olur (66,67).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ): Araştırmada benlik saygısı ölçümünde referans kabul edilen bu ölçek Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilmiş (68). Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları ABD'de beşbinyirmidört lise öğrencisi üzerinde yapılmıştır (68). Rosenberg, benlik saygısının ölçümünde, kişinin kendisini değerlendirmesinde bütüncül bir tutum üzerinde durmuştur (68). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Çuhadaroglu (1986) tarafından ikiyüzbeş kişilik lise örneklem grubunda 1986 yılında yapılmıştır (69). Oniki alt alandan oluşan ve ilk on maddesi tarafından benlik saygısı ölçülen RBSÖ'nde olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanır. Olumlu maddeler 1. 2. 4. 6. 7. maddeler iken, 3. 5. 8. 9. 10. maddeler olumsuz yüklüdür. Ölçek puanlamasında 0-1 puan alanların 'yüksek'; 2-4 puan alanların 'orta' ve 5-6 puan alanların 'düşük' benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir (69).

2.7.2. Kişilik tipi

Kişilik teriminin Latince'deki kişi "persona" sözcüğünden geldiği ileri sürülmüştür. Persona sözcüğünün asıl anlamı Latin dilinde, tiyatro oyuncularının

kullandığı "maske"dir (70). Oyun sırasında yüz maskenin altında, dolayısıyla konuşma ya da şarkılar maskenin içinden çıkıyordu. Bu şekilde "persona" sözcüğü ile kişiler arasındaki fark anlatılmak istenmiştir (70).

Kişiliği, belirli bir bireyin zihinsel ve bedensel özelliklerinde görülen farklılıklar ve bu farklılıkların kişinin davranış ve düşüncelerine yansımış biçimi olarak tanımlamamız mümkündür (70).

Kişilik bir kişinin veya kişilerin girdikleri davranışlarının yapısal ve dinamik özelliklerini gösterir (70). Bir insanın bütün ilgilerinin, tutumlarının, yeteneklerinin, konuşma tarzının, dış görünüşünün ve çevresine uyum biçiminin özelliklerini içeren bir terimdir (70,71). Diğer bir husus da kişiliğin kendine özgü ve ahenkli bir bütün olmasıdır (70,71). Öyle ki, bir insana ilişkin her nitelik, o insanı anlamada bize bir ip ucu verir. Kişinin belleği, dış görünüşü, sesi ve konuşma tarzı, tepkisi, ilgileri vb. gibi pek çok özelliği bu bireyin kişiliği hakkında bize bir takım veriler sağlar (70). Kişilik kavramı benzer durumlara verilen tepkilerdeki bireysel farklılıkları ve farklı durumlarda oldukça tutarlı olan davranışları anlamamıza da yardımcı olur. Bir bakıma kişilik, birey ile çevresi arasında bir uyum oluşturur. Bireyin geçmiş deneyimlerine özel uyumunu ve şimdiki toplumsal ve fiziksel çevresini değerlendirmesini sağlar (70).

Kişilik kavramındaki farklı tanımlamalar zaman içerisinde kişilik tiplerinin sınıflandırılmasında da farklı teorileri ortaya çıkarmıştır. Bu teorilerden birisi de A tipi kişilik yapısını tanımlayan bir teoridir. A tipi kişilik yapısı ve bu davranış özelliklerini göstermeyen tam zıttı B tipi kişilik yapısı daha çok insanların strese nasıl tepki verdiğiyle ilgili bir teori olarak geliştirilmiştir (71, 72).

Tip A kişilik davranışı, ilk olarak 1950'lerde Meyer Friedman ve Ray Rosenman isimli iki kardiyolog tarafından kalp hastalığı için potansiyel bir risk faktörü olarak tanımlandı (73,74). Aslında bu gözlemlerinin ve ortaya koydukları teorinin kökenini, bir döşemecinin bekleme odalarındaki sandalyelerin sadece koltuğun ön kenarında yıpranmış olduğu tuhaf gerçeğini kendilerine söylemesi oluşturmuştur (73). Döşemeci işi yapmak için geldiğinde, sandalyeleri dikkatlice inceledi ve döşemenin alışılmadık bir şekilde aşındığını kaydetti: "Hastalarınızda farklı bir şey var, hiç bu kadar eskiyen birini görmedim. "Sabırla bekleyen hastaların

çoğundan farklı olarak, kalp hastaları koltuklarında uzun süre oturamıyor ve koltukların kollarını yıpratıyor gibiydi. Koltuğun kenarına oturma eğilimindeydiler ve sık sık sıçradılar. Ancak, doktorlar başlangıçta bu açıklamayı reddettiler ve resmi araştırmalarına ancak beş yıl sonra başladılar (73).

Daha sonrasında 35 ve 59 yaşları arasındaki sağlıklı erkekler üzerinde sekiz buçuk yıl süren bir çalışmanın ardından, Friedman ve Rosenman, Tip A davranışının, sağlıklı bireylerde koroner kalp hastalığı riskini iki katından fazla artırdığını bildirmişlerdir (75). Sonraki analizler, Tip A kişiliğin koroner kalp hastalığı insidansı ile ilişkili olmasına rağmen, ölüm için bir risk faktörü gibi görünmediğini göstermiştir (76). Başlangıçta Friedman ve Roseman tarafından 'A Tipi Kişilik' olarak adlandırıldı, şimdi A Tipi davranış kalıbı olarak kavramsallaştırıldı (73,77,78).

A Tipi kişilik, sürekli bir zamana karşı çalışma hissi ve güçlü bir rekabet duygusu ile karakterizedir. A Tipi kişiliğe sahip bireyler genellikle daha yüksek bir stres düzeyi yaşarlar, başarısızlıktan nefret ederler ve hedeflerine ulaştıklarında bile çalışmayı bırakmakta zorlanırlar (73,77,78). A Tipi bireyler, açıkça ifade edebilecekleri veya etmeyebilecekleri öfke veya düşmanlığa kolayca uyandırılma eğilimindedir. Bu tür bireyler, öfke, kıskançlık ve merhamet eksikliği göstererek diğerlerinde daha kötüsünü görme eğilimindedir (73-78).

B tipi kişilik, rahat, sabırlı ve uyumlu bir doğa ile karakterizedir. B Tipi kişiliğe sahip bireyler, istikrarlı bir şekilde çalışır, başarıların tadını çıkarır, ancak hedeflere ulaşılmadığında strese girme eğiliminde olmazlar. B Tipi kişiliğe sahip kişiler, diğerlerine karşı daha hoşgörülü olma eğilimindedirler, A Tipi bireylere göre daha rahattırlar, daha düşüncelidirler, daha düşük düzeyde kaygı yaşarlar ve daha yüksek düzeyde hayal gücü ve yaratıcılık sergilerler (73-78).

Tip A ve Tip B teorisi ile ilgili en büyük problem, aslında hangi faktörlerin koroner kalp hastalığını etkilediğini belirlemek üzerine kurulan bir teori olmasıdır (77). Bazı araştırmalar, A Tipi davranış modelinin koroner kalp hastalığına yol açan ana faktör olan altta yatan düşmanlıkla karakterize olduğunu öne sürerek düşmanlık üzerine yoğunlaşmıştır (77).

Kişilik tipi ve kanser

Kanser, Dünyada ölüm nedenlerine bakıldığında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Yapılan araştırmalarda sahip olunan kişilik tiplerinin bazılarının neden sonuç ilişkisi bakımından her ne kadar kalp hastalıklarıyla ilişkilendirildiği gibi güçlü bir ilişki olmasa da kanser gelişiminde etkisinin olabileceği vurgulanmaktadır (79).

Konu ile ilgili ilk araştırmalarda psikososyal etkenlerin hastalığın oluşumu için risk etkenleri arasında yer aldığı ileri sürülmüş, ancak daha sonraki araştırmalar diğer risk etkenlerine göre psikososyal etkenlerin kanser oluşumuna daha küçük bir katkısı olduğu gösterilmiştir (79). Yapılan bu araştırmalar psikososyal etkenlerin kanserin ortaya çıkmasında değil de kanserin ilerlemesinde önemli rolü olduğunu göstermiştir. Bir kanıt Priestman ve arkadaşları meme kanserli hastaların yaşam olayları ve kişilik özelliklerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları araştırmalarında bu etkenlerin meme kanserine yatkınlık yarattığı şeklinde bulunmazken, psikososyal etkenler ile meme kanseri arasında bir ilişki olabileceği üzerinde duran araştırmalar da vardır (80).

Kişilik tipi tayini

A ve B kişilik tipi tayini için 1960'dan bu yana neredeyse 20'ye yakın ölçek kullanılmıştır (78). Bunlar arasında güvenilir ve geçerliliği yüksek kabul edilerek araştırmalarda en yaygın kullanılanlar şu şekilde sıralanabilir: Jenkins Faaliyet Anketi (Jenkins Activity Survey) (81), Framingham A Tipi Ölçeği (Framingham Type- A Scale) (82), Bortner Derecelendirme Ölçeği (Bortner Rating Scale) (83) ve Video-Bazlı Yapılandırılmış Mülakat (Videotaped Structured Interview) (84,85).

Yedi soru ifadesinden oluşan ve iki zıt kutuplu Bortner Derecelendirme Ölçeğinin kısa formu literatürde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçek Türkçe validasyonuna sahip olmasa da kısa form adı ile Türk popülasyonunda 2001 yılında Aktaş (86), 2012 yılında Erdoğan ve Zengin (87) tarafından kullanılmış ve yeterli bulunmuştur. Ölçek gerçekleştirildikten sonra elde edilen toplam puan üçle çarpılıp değerlendirme gerçekleştirilmektedir (en yüksek puan 168, en düşük puan ise 21). Deneklerin toplam puanı 100'den fazla ise A Tipi kişilik, 100'den az ise B Tipi kişilik olduğu şeklinde belirtilir (86,87).

2.7.3. Yaşam kalitesi

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir (88). Aristo ve ardından gelen çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır (88). Böylece bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur.

Tıp alanında ise Hipokrat zamanında bile hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi (88). Ancak terim olarak yaşam kalitesi, ilk olarak Priestley’in 1943’deki “Cumartesi Işıkları” (Daylight on Saturday) adlı oyununda kullanılmıştır (88,89). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1946 yılında sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak olumlu bir şekilde tanımlamasından sonra “Yaşam Kalitesi” kavramına karşı ilgi son yıllarda oldukça artmıştır (90). Buna rağmen tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde geçmektedir (89).

Sonuçta artık günümüzde tıbbi tedavinin değerlendirilmesinde fiziksel ve fizyolojik parametrelerin ölçümü ile saptanabilen; yakınmaların azaltılması veya yaşam süresinin uzatılması gibi göstergeler yetersiz kalmaktadır (91-94). Hastanın bakış açısını da içeren yeni kriterlerin bu değerlendirmeye dahil edilmesi gerekmektedir (95). Günümüzde artık tıbbi bakım ve tedavinin birincil amacı belki de sadece yaşam süresini uzatmak ve kür sağlamak değil, “Yaşam Kalitesi” nin de birlikte sağlanması olmalıdır (96).

Yaşam kalitesi tayini

Yaşam kalitesi tayini için literatürde çok fazla ölçek mevcuttur (97,98). Bunlardan kanser tanısı olan hastaların dahil edildiği araştırmalarda en yaygın olarak kullanılanlarından birisi de EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olan Yaşam Kalitesi C30 (Quality of Life- QOL-C30) ölçeğidir (98,99).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Beşer ve Öz (100) tarafından kapsam geçerliği ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Validasyon çalışmasında, EORTC-QOL-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği için Cronbach alfa katsayısı, $r= 0.9014$ olarak belirlenmiştir. Bu ölçek genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i dördümlük likert tipi ölçektir ve maddeler Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3 ya da Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan 1'den 7'ye kadar olan ölçek ile (1: Çok kötü ve 7: Mükemmel) sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. Fonksiyonel Alan ve Semptomlar bölümlerinde ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AMAÇLAR

3.1. Bu araştırma, meme kanserli kadınlarda kişilik tipinin özbenlik ve yaşam kalitesine olan etkisinin belirlenmesini ve olası bir ilişkide etkili faktörleri irdelemeyi amaçlamıştır.

3.2. Yaşam kalitesi,meme kanserli hastalarda özgüveni önemli ölçüde etkileyebilecek bir konudur.Daha önce farklı hastalıklar üzerinden yapılan araştırmalarda kişilik tipinin hastalığın progresyonu,mortalite ve morbiditesi üzerine etkileri olduğu kanıtlanmıştı.Bu çalışma,meme kanserli hastalarda kişilik tipinin özbenlik ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemeyi amaçlamıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BİREYLER VE YÖNTEMLER

Bu çalışma 08 Mayıs 2021 -31 Aralık 2021 tarihleri arasında hastanemiz Tıbbi Onkoloji kliniğinde takip edilen meme kanseri tanılı hastalarla bire bir görüşülüp anket çalışması yapılması ve dosyalarında yer alan tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi esasına dayanmaktadır. Çalışma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındıktan sonra başlatıldı (Sağlık Bilimleri Etik Kurul Onayı Karar Tarihi: 08.05.2021 Karar No: 97)

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği bünyesinde yer alan Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Kemoterapi merkezinde takip ve tedavileri süren, histopatolojik olarak meme kanseri tanısı almış olan kadın hastalar çalışmaya dahil edildi.

Kontrol grubu ise yaş bakımından benzer olan, sistemik herhangi bir hastalığı, psikolojik bir hastalık ve kanser tanısı hiç konulmamış sağlıklı kadınlardan oluştu.

Hastaların dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlendi:

- i- Histolojik olarak meme kanseri tanısı konulmuş 18-99 yaş aralığındaki aktif anti-kanser tedavi alan ve almayan, metastazlı olan veya olmayan kadınlar,
- ii- Türkçe anlama ve yazma yetisine tam hakim olanlar,
- iii- Çalışmaya onam verenler.

Hastaların dışlanma kriterleri ise;

- i- Çalışmaya onam vermeyenler,
- ii- Beyin metastazına sahip olanlar ve palyatif beyin radyoterapisi alanlar,
- iii- Öncesinde saptanmış ve tedavi edilen kognitif fonksiyon bozukluğu, ciddi işitme sorunu, psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar.

Çalışma için örneklem şu şekilde hesaplandı: %95 güvenirlilik, 0.05 hata payı ile %80'lik çalışma güç analizine uygun şekilde Tıbbi Onkoloji Kliniğinin son 5 yıllık hayatta olan meme kanserli kadın hasta toplam sayısı üzerinden (n=650); çalışma grubunda toplam 154 hasta; sağlıklı kontrol grubu için n=78 (A ve B kişilik tiplerinin oranları öncesinden bilinmediği için istatistiksel güç için kişilik tipine göre iki alt gruba ayrıldığında n>30 olacak şekilde hesap yapılmıştır) sağlıklı kadın araştırmaya dahil edildi. Hastaların çalışmaya kabulü poliklinikte görülme sıralarına göre yapıldı ve onam verilenlere ilgili form ve ölçekler uygulandı. Kontrol grubu ise hasta yakınlarından ve sağlık personelinin seçildi, onamları alındıktan sonra ilgili form ve ölçekler yüz yüze görüşme şeklinde dolduruldu.

Çalışmada kullanılan form ve ölçekler:

- Çalışma formunda demografik ve klinik özelliklerin belirlendiği sorular mevcuttu. Çalışma grubundaki hastaların ve kontrol grubundaki sağlıklı gönüllülerin yaş, meslek, medeni durum, ekonomik düzey ve eğitim durumları ile hobi varlığı durumları çalışmanın demografik değişkenlerini oluşturdu. Çalışma grubundaki hastaların tanı tarihleri (Tanı anındaki yaş), evre (TNM evre 1- 4), metastaz durumu (Metastatik hastalık veya non-metastatik hastalık), meme cerrahisi durumu (Opere/ non-opere), meme cerrahisi tipi (Non-opere/ meme koruyucu cerrahi/ total mastektomi), rekonstrüktif cerrahi durumu (Var/ yok), aktif anti-kanser tedavi durumları (Tedavi almıyor/ adjuvant endokrin tedavi/ endokrin tedavi dışı oral veya parenteral anti-kanser tedavi).

- Kişilik tipi tayini için A ve B tipi kişilik sınıflandırması yönünden elverişli olan Bortner'in Derecendirme Ölçeği kullanıldı (83). Bu ölçek Türkçe validasyonuna sahip olmasada kısa form adı ile Türk popülasyonunda daha önce kullanılmış (86,87) ve yeterli bulunmuştur ve en son 2013 yılında Yıldız ve Ersoy tarafından yapılan bir araştırmada kullanılabilir olarak değerlendirilmiştir (101). Bu form hem çalışma grubuna hem de kontrol grubuna uygulandı.

- Öz güven durumunun belirlenmesi amacı ile Rosenberg Benlik Saygısı (67,68) Ölçeği hem çalışma grubuna hem de kontrol grubuna uygulandı. Bu formun Türkçe validasyonu Türk popülasyonunda Çuhadaroğlu (69) tarafından kullanılmış

ve en son Tukuş tarafından 2010 yılında Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması uzmanlık tezi kapsamında yapılmıştır (102).

- Çalışma grubundaki hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesinde QLQ C30 formu kullanıldı (99). Bu formun Türkçe validasyon çalışması mevcuttur. Kanseri hastalardaki validasyon çalışması Beşer ve Öz (100) tarafından 2003 yılında yayınlanmıştır.

4.1. İstatistiksel analizler

Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov- Smirnov testi ile analiz edildi ve histogramları çizildi. Çalışma grubu ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş dağılımları normal olarak saptandı. Bu nedenle katılımcılara ait yaş ile ilişkili değerler ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde verildi. Ancak diğer nitel ve nicel tüm değişkenlerin dağılımı normal olarak saptanmadığı için verilere ait değerler ortanca ve minimum- maksimum olarak ifade edildi. Parametrik olmayan değişkenler için Mann-Whitney U ve Kruskal- Wallis ile yapıldı. Nitel değişkenler için Fisher testi yapıldı. Çalışma değişkenleri ile kişilik tipine göre yaşam kalitesi ve özbenlik durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman Rank korelasyon katsayısı kullanıldı. Korelasyon ve tek değişkenli analiz sonucunda oluşturulan model ile çalışma değişkenlerinden kişilik tipi, özbenlik ve yaşam kalitesini belirleyen bağımsız faktörleri tespti etmek için çok değişkenli lojistik (bineary) regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel analiz SPSS v19 programı kullanılarak yapıldı ve <0.05 p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BEŞİNCİ BÖLÜM

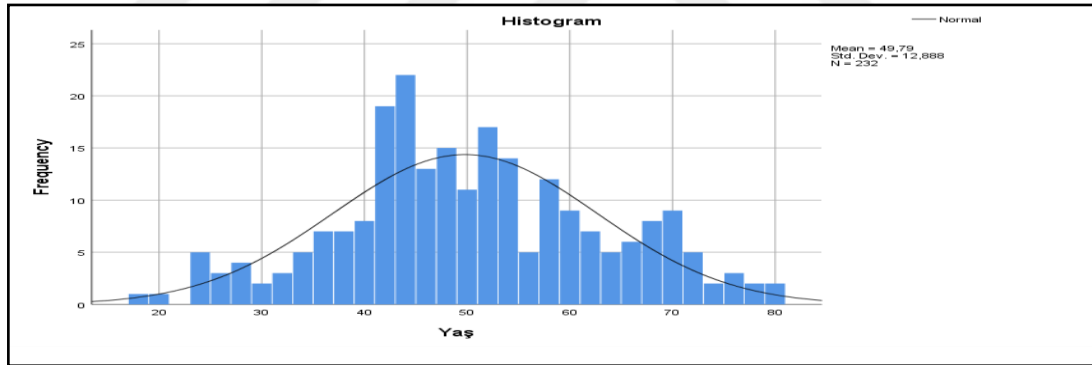
BULGULAR

5.1. Genel özelliklere dair bulgular

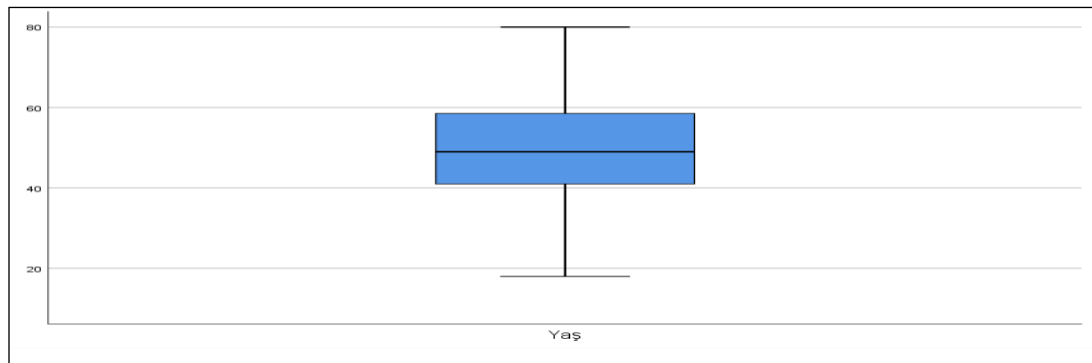
5.1.1. Tüm katılımcılara ait genel özelliklere dair bulgular

Bu çalışmaya, meme kanseri tanısı olan 154 kadın hasta ile benzer yaş özellikleri olan 78 sağlıklı kadın dahil edildi. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 50 ± 13 (yıl) idi.

Çalışmada yer alan tüm katılımcılara ait yaş değişkeni ile ilgili dağılımın normal olup olmadığı incelendi. Çarpıklık ve basıklık analizi sonucunda 0,076 ve -0,314 değerleri saptandı. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin standart hataya bölünmesi suretiyle yapılan değerlendirmede ise sırasıyla 0,475 (0,076/0,160) ve -0,987 (-0,314/0,318) değerlerine ulaşıldı. Kolmogorov- Smirnov testi ile p değeri 0,079 olarak tespit edildi. Katılımcıların yaş bakımından normal dağılım gösterdiğine dair bulgular histogram eğrisinin yer aldığı Şekil 1 ve Şekil 2’de sunulmuştur.

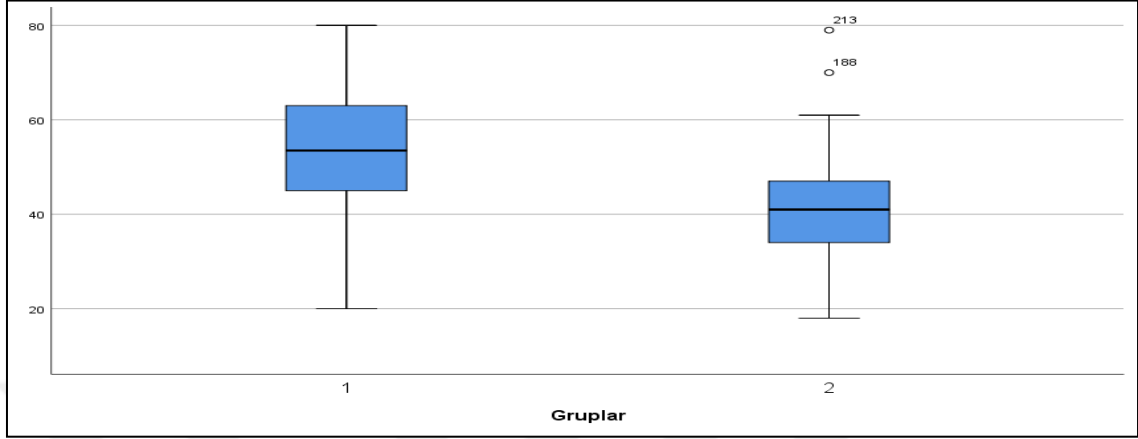


Şekil 1. Tüm katılımcıların yaş dağılım histogramı.



Şekil 2. Tüm katılımcıların yaş dağılım grafiği.

Çalışma grubu (Grup 1) yani meme kanseri tanısı olan kadınlar ile kontrol grubu (Grup 2) yani sağlıklı kadınların yaş bakımından dağılımı Şekil 3’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Çalışma ve kontrol gruplarının sırasıyla karşılaştırmalı yaş grafiği.

Grup 1 için yaş ortalaması 54 ± 11 (yıl) iken, Grup 2’de yer alan sağlıklı kadınların yaş ortalaması 42 ± 8 (yıl) olarak hesaplandı. Yapılan analizde her iki grup arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p= 0,108$).

Her iki gruptaki katılımcılara ait demografik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışma ve kontrol gruplarının demografik özellikleri.

Özellik	Grup 1 (n= 154)	Grup 2 (n= 78)	p değeri
Yaş (yıl)			
60 yaşından küçük	105(68)	56 (72)	0.104
60 yaş ve üstü	49 (32)	22 (28)	
Eğitim durumu			0,000
İlkokul mezunu/ okur-yazar	71 (46)	24 (31)	
Orta öğretim mezunu	10 (6)	12 (15)	
Lise mezunu	34 (22)	7 (9)	
Yüksekokul/ üniversite mezunu	39 (26)	35 (45)	
Eğitim durumuna göre sınıflandırma			0,003
Düşük eğitim düzeyi	115 (75)	43 (55)	
Yüksek eğitim düzeyi	39 (25)	35 (45)	
İş durumu			0,000
Ev Hanımı/Emekli	127 (83)	7 (9)	
Aktif Çalışıyor	27 (17)	71 (91)	
Meslek türüne göre sınıflandırma			0,000
Yabancı insanlar ile iletişimi var	39 (25)	78	
Yabancı insanlar ile iletişimi yok	113	0	
Medeni durum			0,004
Bekar	11 (7)	12 (15)	
Boşanmış/Eşi ölmüş	39 (25)	7 (9)	
Evli	104 (68)	59 (76)	
Medeni durum sınıflandırma			0.243
Eşi/ partneri yok	50 (33)	19 (25)	
Eşi/ partneri var	104 (67)	59 (75)	
Ekonomik durum			0,000
Çok düşük (<4000 TL)	105 (68)	20 (26)	
Düşük (4000- 7000 TL)	34 (22)	47 (60)	
Orta (7000- 15000 TL)	11 (7)	10 (13)	
Yüksek (>15000 TL)	4 (3)	1 (1)	
Ekonomik duruma göre sınıflandırma			0,320
Çok düşük- düşük düzey	139 (90)	67 (86)	
Orta- yüksek düzey	15 (10)	11 (14)	
Hobi durumu			0,299
Yok	58 (38)	24 (31)	
Var	96 (62)	54 (69)	

Tablo 2 devamı. Çalışma ve kontrol gruplarının demografik özellikleri.

Hobi tercihleri				
	El sanatları/resim	35 (23)	10 (13)	0,018
	Seyahat/gezi	29 (19)	26 (33)	
	Kitap okuma/yazma	29 (19)	41 (53)	
	Tracking/aktif spor	16 (10)	8 (10)	
	Müzik enstrmanı	12 (8)	12 (15)	
	Bahçe işleri	12 (8)	8 (10)	
	Meditasyon/yoga	2 (1)	18 (23)	
	Dans	2 (1)	8 (10)	
	Gastronomi	1 (1)	0 (0)	
	Fotoğrafçılık	0 (0)	14 (18)	
	Hobi yok	58 (38)	24 (31)	
Hobi yönelimi				
	Bireysel zaman geçirme	58 (38)	42 (54)	0,011
	Sosyal aktif iletişim	38 (24)	12 (15)	
	Hobi yok	58 (38)	24 (31)	
Hobi sayısı				
	Yok	58 (38)	24 (31)	0,041
	Sadece bir hobi	64 (42)	41 (53)	
	En az 2 farklı hobi	32 (20)	13 (16)	

Hobiler sosyal etkileşimli veya bireysel zaman geçirme şeklinde iki gruba ayrıldığında tüm meme kanserli hastaların hobi tercihleri şu şekilde saptandı: Bireysel zaman geçirme (n=58, %38), sosyal etkileşimli (n=38, %24). Benzer şekilde tercih edilen hobi sayısı göz önüne alındığında tek bir hobi yönelimi olanların oranı %42 (n=64) iken, en az 2 hobiyeye sahip olanlar %20 (n=32) idi.

Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, meme kanseri tanısı olan kadınların aksine sağlıklı katılımcıların daha fazla bireysel zaman geçirme şeklinde hobi yönelimlerinin (p=0,011) olduğu ve sadece bir hobi edindikleri (p=0,041) saptandı. Ancak hobi varlığı ile ilgili olarak iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,299).

5.1.2. Meme kanseri tanısı olan hastaların klinik özelliklerine dair bulgular (n=154)

Grup 1’de yer alan hastaların meme kanseri tanısı konulduğundaki yaş ortalaması 51 ± 11 (yıl) olarak saptandı.

Çalışma grubunda yer alan meme kanseri tanısı olan kadınlara ait klinik özellikler Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Çalışma grubunun klinik özellikleri.

Özellik	n	%
Yaş (yıl) (n, %)		
60 yaşından küçük	105	68
60 yaş ve üstü	49	32
Tanı esnasındaki yaş (n, %)		
60 yaşından küçük	117	76
60 yaş ve üstü	37	24
Kanser tanısı ile geçen toplam süre		
İlk 1 yıl içerisinde	44	29
2- 5 yıl	76	49
6- 10 yıl	29	19
11 yıldan uzun	5	3
Evre		
Evre 1	24	16
Evre 2	69	45
Evre 3	36	23
Evre 4	25	16
Evreye göre hastalık durumu		
Metastatik olmayan hastalık	129	84
Metastatik hastalık	25	16
Meme cerrahisi durumu		
Meme cerrahisi yok	10	7
Meme koruyucu cerrahi	73	47
Radikal mastektomi	71	46
Organ kaybı durumu		
Var	71	46
Yok	79	54
Rekonstruktif cerrahi durumu		
Var	10	6
Yok	144	94
Sistemik anti-kanser tedavi durumu		
Anti-kanser tedavi yok	32	21
Endokrin adjuvant tedavi	66	43
Sistemik anti-kanser tedavi***	56	46

Açıklama: *** Parenteral olarak uygulanan kemoterapötik veya hedefe yönelik ilaçları içeren tedavidir.

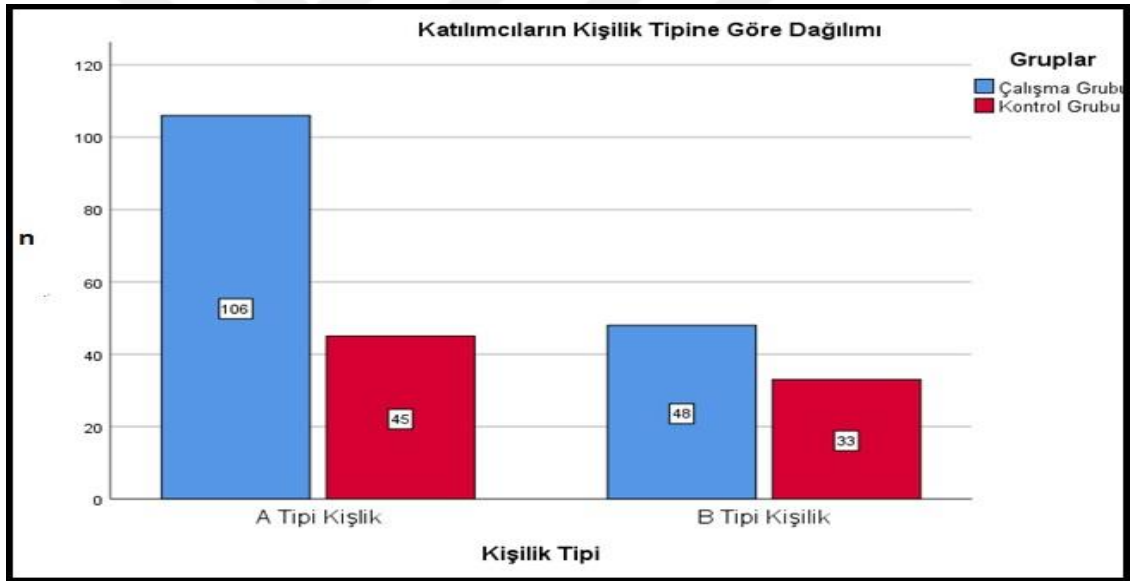
5.2. Katılımcıların kişilik tipine göre karşılaştırılması

5.2.1. Tüm katılımcıların kişilik tipine göre genel olarak karşılaştırılması

Her iki grup arasında kişilik tipi bakımından istatistiksel anlamlılık taşıyan bir fark saptanmadı ($p=0,093$) (Tablo 4 ve Şekil 4).

Tablo 4. Tüm katılımcıların kişilik tipine göre karşılaştırılması.

Özellik	Toplam	Grup 1 (n=154)	Grup2 (n=78)	p değeri
A tipi kişilik yapısı; n (%)	151 (65)	106 (69)	45 (58)	0,093
B tipi kişilik yapısı; n (%)	81 (35)	48 (31)	33 (42)	



Şekil 4. Tüm katılımcıların kişilik tipine göre dağılımı.

5.2.2. Meme kanseri tanısı olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin kişilik tipine göre karşılaştırılması (n= 154)

Çalışma grubunda yer alan meme kanseri tanılı hastalarımızın %65'inin A kişilik özelliğine sahip olduklarını saptadık. Hastaların kişilik tipine göre demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 5 'de gösterilmiştir. Tip A ve Tip B kişilik tipleri arasında benlik saygısı derecesi bakımından farklılık yoktu ($P=0,280$). Ancak Tip A kişilik yapısı olan meme kanserli kadınlarda benlik saygısı skorunun

Tip B kişilik tipi olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı (p=0,033).

Tablo 5. Çalışma grubunun kişilik tipine göre demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.

Özellik	A Kişilik Tipi	B Kişilik Tipi	p değeri
Hasta sayısı (n)	106	48	
Yaş (yıl) (n, %)			
60 yaşından küçük	67 (72)	38 (79)	0,062
60 yaş ve üstü	39 (28)	10 (21)	
Tanı esnasındaki yaş (n, %)			
60 yaşından küçük	77 (73)	40 (83)	0,221
60 yaş ve üstü	29 (27)	8 (17)	
Eğitim durumu			
İlkokul mezunu/ okur-yazar	47 (44)	24 (50)	0,834
Orta öğretim mezunu	8 (8)	2 (4)	
Lise mezunu	24 (23)	10 (21)	
Yüksekokul/ üniversite mezunu	27 (25)	12 (25)	
Eğitim durumuna göre sınıflandırma			
Düşük eğitim düzeyi	79 (75)	36 (75)	0,950
Yüksek eğitim düzeyi	27 (25)	12 (25)	
İş durumu			
Ev Hanımı/Emekli	87 (82)	40 (83)	0,849
Aktif Çalışıyor	19 (18)	8 (17)	
Yabancı insanlarla iletişim durumu			
Yabancı insanlar ile iletişimi var	27 (26)	12 (25)	0,950
Yabancı insanlar ile iletişimi yok	79 (74)	36 (75)	
Medeni durum			
Bekar	8 (8)	3 (6)	0,839
Boşanmış/Eşi ölmüş	28 (26)	11 (23)	
Evli	70 (66)	34 (71)	
Medeni durum sınıflandırma			
Eşi/ partneri yok	35 (33)	16 (33)	0,969
Eşi/ partneri var	71 (67)	32 (67)	
Ekonomik durum			
Çok düşük (<4000 TL)	68 (64)	37 (77)	0,445
Düşük (4000- 7000 TL)	26 (25)	8 (17)	
Orta (7000- 15000 TL)	9 (9)	2 (4)	
Yüksek (>15000 TL)	3 (4)	1 (2)	

Tablo 5 devamı. Çalışma grubunun kişilik tipine göre demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.

Ekonomik duruma göre sınıflandırma	Düşük düzey	94 (89)	45 (94)	0,394
	Orta- yüksek düzey	12 (11)	3 (6)	
Hobi durumu	Yok	32 (30)	26 (54)	0,041
	Var	74 (70)	22 (46)	
Hobi yönelimleri	Yok	70 (66)	26 (54)	0,039
	Bireysel zaman geçirme	7 (7)	19 (40)	
	Sosyal aktif iletişim	29 (27)	3 (6)	
Hobi tercihleri	El sanatları/resim	6 (6)	29 (60)	0,047
	Seyahat/gezi	26 (24)	3 (6)	
	Kitap okuma/yazma	9 (8)	20 (42)	
	Tracking/aktif spor	11 (10)	5 (10)	
	Müzik enstrmanı	4 (4)	8 (17)	
	Bahçe işleri	4 (4)	8 (17)	
	Meditasyon/yoga	0 (0)	2 (4)	
	Dans	2 (2)	0 (0)	
	Gastronomi	0 (0)	1 (2)	
	Fotoğrafçılık	0 (0)	0 (0)	
	Hobi yok	70 (66)	26 (54)	
Hobi sayısı	Yok	32 (30)	26 (54)	0,015
	Sadece bir hobi	44 (41)	20 (42)	
	En az 2 farklı hobi	30 (29)	2 (4)	
Kanser tanısı ile geçen toplam süre	İlk 1 yıl içerisinde	30 (28)	14 (29)	0,741
	2- 5 yıl	55 (52)	21 (44)	
	6- 10 yıl	18 (17)	11 (23)	
	11 yıldan uzun	3 (3)	2 (4)	
Evre	Evre 1	20 (19)	4 (8)	0,250
	Evre 2	44 (42)	27 (56)	
	Evre 3	26 (25)	10 (21)	
	Evre 4	16 (14)	7 (15)	

Tablo 5 devamı. Çalışma grubunun kişilik tipine göre demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.

Metastaz durumuna göre evre				
Metastatik olmayan hastalık	89 (84)	40 (83)	0,922	
Metastatik hastalık	17 (16)	8 (17)		
Meme cerrahisi durumu				
Meme cerrahisi yok	6 (6)	4 (8)	0,737	
Meme koruyucu cerrahi	52 (49)	21 (44)		
Radikal mastektomi	48 (45)	23 (48)		
Organ kaybı durumu				
Var	51 (48)	24 (50)	0,828	
Yok	55 (51)	24 (50)		
Rekonstruktif cerrahi durumu				
Var	5 (5)	5 (10)	0,287	
Yok	101 (95)	43 (90)		
Sistemik anti-kanser tedavi durumu				
Anti-kanser tedavi yok	18 (17)	14 (29)	0,219	
Endokrin adjuvant tedavi	47 (44)	19 (40)		
Sistemik anti-kanser tedavi***	41 (39)	15 (31)		
Benlik saygısı				
Düşük	0	1 (2)	0,280	
Orta	7 (7)	2 (4)		
Yüksek	99 (93)	45 (94)		
Toplam benlik saygısı skoru (Ortanca, minimum- maksimum)	0,82 (1-4)	0,68 (1-4)	0,033	

Açıklama: *** Parenteral olarak uygulanan kemoterapötik veya hedefe yönelik ilaçları içeren tedavidir.

Yapılan karşılaştırmada, A tipi kişilik özelliği olan meme kanseri tanıılı kadınların hobi tercihlerinde daha sosyal aktif iletişimi sağlayacak olan hobilere olan yönelimlerinin B tipi kişilik özelliği olanlara göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptandı (p=0,039). Benzer şekilde A tipi kişilik özelliği taşıyan meme kanseri tanıılı kadınların %29'u en az 2 hobi edinmiş idi ve hobi sayısı bakımından da B tipi kişilik özellikleri taşıyan kadınlardan anlamlı olarak farklılık olduğu belirlendi (p=0,015).

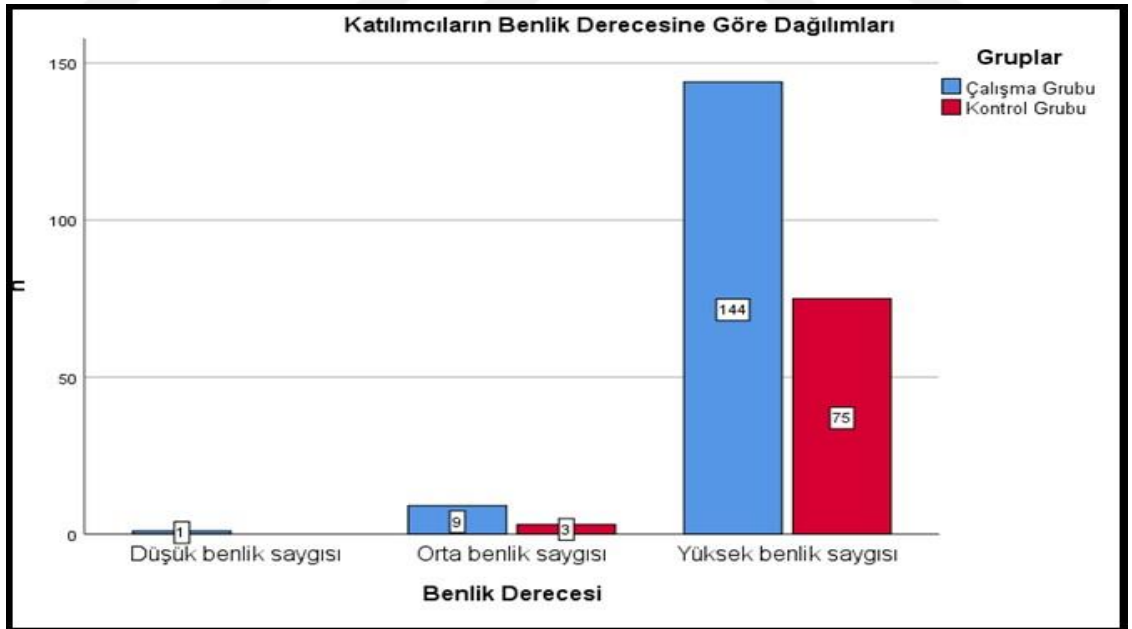
5.3. Katılımcıların benlik saygısına göre karşılaştırılması

5.3.1. Tüm katılımcıların benlik saygısına göre genel olarak karşılaştırılması

Her iki grup arasında benlik saygı skoru ve derecesi bakımından istatistiksel anlamlılık gösteren bir fark yoktu ($p= 0,098$) (Tablo 6 ve Şekil 5).

Tablo 6. Tüm katılımcıların benlik saygı skor ve derece karşılaştırması.

Özellik	Toplam (n= 232)	Grup 1 (n=154)	Grup2 (n=78)	p değeri
Benlik saygısı skoru Ortanca (minimum- maksimum)	26 (4-40)	22 (4-40)	27 (14-40)	0,98
Benlik saygısı derecesi; n (%)				
Düşük benlik saygısı	1	1 (1)	0	0,624
Orta benlik saygısı	12	9 (6)	3 (4)	
Yüksek benlik saygısı	219	144 (93)	75 (96)	



Şekil 5. Tüm katılımcıların benlik derecesine göre dağılım grafiği.

5.3.2. Meme kanseri tanısı olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin benlik saygısı derecesine göre karşılaştırılması (n= 154)

Hastalarımızın %93'ü yüksek benlik saygısına sahipti. Çalışma grubunda yer alan meme kanseri tanılı hastalarda yaş ile benlik saygısı derecesi arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,268$). Ancak tanı anındaki yaş göz önüne alındığında; 60 yaşından büyük olan yaşlarda tanı konulan hastalarda yüksek benlik saygısının anlamlı olarak fazla olduğu saptandı ($p=0,041$).

Hastaların benlik saygısı derecesine göre demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 7 'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Çalışma grubunun benlik saygı derecesine göre demografik ve klinik karşılaştırılması.

Özellik	Düşük Benlik Saygısı	Orta Benlik Saygısı	Yüksek Benlik Saygısı	p değeri
Katılımcı sayısı (n)	1	9	144	
Yaş (yıl)				
60 yaşından küçük	1 (100)	0	38 (26)	0,268
60 yaş ve üstü	0	9 (100)	106 (74)	
Tanı anındaki yaş (yıl)				
60 yaşından küçük	1 (100)	9 (100)	34 (24)	0,041
60 yaş ve üstü	0	0	110 (76)	
Eğitim durumu				
İlkokul mezunu/ okur-yazar	1 (100)	3 (33)	67 (47)	0,092
Orta öğretim mezunu	0	0	10 (7)	
Lise mezunu	0	6 (67)	28 (19)	
Yüksekokul/ üniversite mezunu	0	0	39 (27)	
Eğitim durumuna göre sınıflandırma				
Düşük eğitim düzeyi	1 (100)	9 (100)	105 (73)	0,163
Yüksek eğitim düzeyi	0	0	39 (27)	
İş durumu				
Ev Hanımı/Emekli	1 (100)	6 (67)	120 (83)	0,398
Aktif Çalışıyor	0	3 (33)	24 (17)	
Yabancı insanlarla iletişim durumu				
Yabancı insanlar ile iletişimi var	0	3 (33)	36 (25)	0,722
Yabancı insanlar ile iletişimi yok	1 (100)	6 (77)	108 (75)	
Medeni durum				
Bekar	0	3 (33)	8 (6)	0,021
Boşanmış/Eşi ölmüş	1 (100)	3 (33)	100 (69)	
Evli	0	3 (33)	36 (25)	
Medeni durum sınıflandırma				
Eşi/ partneri yok	0	6 (67)	45 (31)	0,071
Eşi/ partneri var	1 (100)	3 (33)	99 (69)	

Tablo 7 devamı. Çalışma grubunun benlik saygı derecesine göre demografik ve klinik karşılaştırılması.

Ekonomik durum				
Çok düşük (<4000 TL)	0	6 (67)	99 (69)	0,329
Düşük (4000- 7000 TL)	1 (100)	2 (22)	31 (21)	
Orta (7000- 15000 TL)	0	0	11 (8)	
Yüksek (>15000 TL)	0	1 (11)	3 (2)	
Ekonomik duruma göre sınıflandırma				
Düşük düzey				
Orta- yüksek düzey	1 (100)	8 (89)	130 (90)	0,938
	0	1 (11)	14 (10)	
Hobi durumu				
Yok	0	4 (44)	92 (64)	0,220
Var	1 (100)	5 (56)	52 (36)	
Hobi tercihleri				
El sanatları/resim	0 (0)	0 (0)	35 (24)	0,035
Seyahat/gezi	0 (0)	0 (0)	29 (20)	
Kitap okuma/yazma	0 (0)	0 (0)	29 (20)	
Tracking/aktif spor	0 (0)	0 (0)	16 (11)	
Müzik enstrümanı	0 (0)	0 (0)	12 (8)	
Bahçe işleri	0 (0)	0 (0)	12(8)	
Meditasyon/yoga	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
Dans	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
Gastronomi	0 (0)	0 (0)	1 (1)	
Fotoğrafçılık	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Hobi yok	1 (100)	9 (100)	48 (33)	
Hobi yönelimleri				
Yok	1 (100)	9 (100)	48 (33)	0,204
Bireysel zaman geçirme	0 (0)	0 (0)	58 (40)	
Sosyal aktif iletişim	0 (0)	0 (0)	38 (27)	
Hobi sayısı				
Yok	1 (100)	9 (100)	48 (33)	0,274
Sadece bir hobi	0 (0)	0 (0)	64 (45)	
En az 2 farklı hobi	0 (0)	0 (0)	32 (22)	
Kanser tanısı ile geçen toplam süre				
İlk 1 yıl içerisinde	0	0	44 (31)	0,450
2- 5 yıl	1 (100)	6 (67)	69 (48)	
6- 10 yıl	0	3 (33)	26 (18)	
11 yıldan uzun	0	0	5 (3)	

Tablo 7 devamı. Çalışma grubunun benlik saygı derecesine göre demografik ve klinik karşılaştırılması.

Evre					
	Evre 1	0	2 (22)	22 (15)	0,623
	Evre 2	0	5 (56)	66 (46)	
	Evre 3	1 (100)	1 (11)	34 (24)	
	Evre 4	0	1 (11)	22 (15)	
Metastaz durumuna göre evre					
	Metastatik olmayan hastalık	1 (100)	8 (89)	120 (83)	0,824
	Metastatik hastalık	0	1 (11)	24 (17)	
Meme cerrahisi durumu					
	Meme cerrahisi yok	0	0	10 (7)	0,748
	Meme koruyucu cerrahi	0	5 (56)	68 (47)	
	Radikal mastektomi	1 (100)	4 (44)	66 (46)	
Organ kaybı durumu					
	Var	1 (100)	5 (56)	69 (48)	0,533
	Yok	0	4 (44)	75 (52)	
Rekonstruktif cerrahi durumu					
	Var	0	0	10 (7)	0,690
	Yok	1 (100)	9 (100)	134 (93)	
Sistemik anti-kanser tedavi durumu					
	Anti-kanser tedavi yok	0	1 (11)	31 (22)	0,458
	Endokrin adjuvant tedavi	1 (100)	6 (67)	59 (41)	
	Sistemik anti-kanser tedavi***	0	2 (22)	54 (37)	
Kişilik tipi					
	A kişilik tipi	0	7 (78)	99 (69)	0,280
	B kişilik tipi	1 (100)	2 (22)	45 (31)	

Açıklama: *** Parenteral olarak uygulanan kemoterapötik veya hedefe yönelik ilaçları içeren tedavidir.

5.4. EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile ilgili bulgular

5.4.1. Meme kanseri tanısı olan hastaların EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar (n= 154)

Çalışma grubundaki 154 meme kanseri tanısı olan hastanın EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarına ait değerleri Tablo- 8’da gösterilmiştir.

Hastaların EORTC QOL-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin; genel sağlık skoru alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $67,64 \pm 23,99$ idi. Fonksiyonel skala alt

boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları 59.22 ± 28.08 ve semptom skalası puan ortalaması ise 38.07 ± 24.23 olarak saptandı (Tablo 8).

Kolmogorov- Simirov testi kullanılarak EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının her birinin normal dağılım gösterip göstermediği belirlendi ve daha sonra histogram ile kontrol edildi. Tüm alt boyutlar için verilerin normal dağılmadığı saptandı ($p < 0,05$) ve non-parametrik testler kullanıldı.

Hastaların yaşam kalitesi skorunun hesaplanması için EORTC QLQ- C30 Scoring Manual Third edition 2001 baskısında yayınlanan özel formülasyon kullanıldı (100). Bu hesaplamada değer aralığı 0- 100 birim arasında olarak belirlendi.

Tablo 8. Çalışma grubunun EORTC QOL– 30 yaşam kalitesi ölçeğine ait değerler.

Özellik	Maddeler	Ortalama $\pm$ Standart Sapma
Genel iyilik hali	29, 30	66,66 (0-100)
Fonksiyonel durum		
Fiziksel fonksiyonlar	1, 2, 3, 4, 5	73,33 (7-100)
Rol fonksiyon	6, 7	83,33 (0-100)
Emosyonel fonksiyon	21, 22, 23, 24	75 (0-100)
Kognitif fonksiyon	20, 25	83,33 (0-100)
Sosyal fonksiyon	26, 27	83,33 (0-100)
Semptom skalası		
		20,51 (0-90)
Halsizlik	10, 12, 18	6 (3-12)
Bulantı- kusma	14, 15	2 (2-8)
Ağrı	9, 19	3 (2-8)
Dispne	8	1 (1-4)
Uyku bozukluğu	11	2 (1-4)
İştah kaybı	13	1 (1-4)
Konstipasyon	16	1 (1-4)
Diyare	17	1 (1-4)
Maddi zorluk	28	2 (1-4)

5.4.2. Meme kanseri tanısı olan hastaların meme cerrahisi durumlarına göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar (n= 154)

Meme cerrahisi durumuna göre yapılan analizde; eşit dağılmayan değişken varlığı nedeni ile karşılaştırma Kruskal- Wallis testi ile yapıldı ve EORTC QOL- 30

yaşam kalitesi ölçeğinde meme cerrahisi durumuna göre anlamlı değişen alt boyut tespit edilmedi (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışma grubunun meme cerrahisi durumuna göre EORTC QOL – 30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi.

Özellik	Meme cerrahisi yok (n=10)	Meme koruyucu cerrahi (n=73)	Radikal mastektomi (n=71)	p değeri
Genel iyilik hali	70,83 (42-100)	66,66 (0-100)	75 (8-100)	0,952
Fonksiyonel durum				
Fiziksel fonksiyonlar	80 (60-93)	73,33 (7-100)	73,33 (0-100)	0,613
Rol fonksiyon	83,33 (50-100)	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,790
Emosyonel fonksiyon	75 (33-100)	75 (0-100)	83,33 (0-100)	0,235
Kognitif fonksiyon	83,33 (67-100)	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,141
Sosyal fonksiyon	100 (16-100)	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,882
Semptom skalası	21,79 (3-36)	20,51 (0-72)	20,51 (3-90)	0,929
Halsizlik	7 (3-9)	6 (3-12)	6 (3-12)	0,909
Bulantı- kusma	2 (2-4)	2 (2-6)	2 (2-8)	0,169
Ağrı	3 (2-7)	4 (2-8)	3 (2-8)	0,573
Dispne	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-4)	0,296
Uyku bozukluğu	2 (1-3)	2 (1-4)	2 (1-4)	0,876
İştah kaybı	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-4)	0,404
Konstipasyon	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-4)	0,884
Diyare	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-4)	0,924
Maddi zorluk	1,5 (1-3)	2 (1-4)	2 (1-4)	0,861

5.4.3. Meme kanseri tanısı olan hastaların organ kaybı durumlarına göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar (n= 154)

Organ kaybı durumuna göre yapılan analizde; eşit dağılmayan değişken varlığı nedeni ile karşılaştırma Mann- Whitney U testi ile yapıldı ve EORTC QOL-

30 yaşam kalitesi ölçeğinde organ kaybı durumuna göre anlamlı değişen alt boyut tespit edilmedi (Tablo 10).

Tablo 10. Çalışma grubunun organ kaybı durumuna göre EORT QOL – 30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi.

Özellik	Organ kaybı yok (n=79)	Organ kaybı var (n=75)	p değeri
Genel iyilik hali	66,66 (0-100)	75 (8-100)	0,858
Fonksiyonel durum			
Fiziksel fonksiyonlar	73,33 (7-100)	73,33 (13-100)	0,323
Rol fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,594
Emosyonel fonksiyon	75 (0-100)	75 (0-100)	0,197
Kognitif fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,385
Sosyal fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,639
Semptom skalası	20,51 (0-72)	20,51 (3-90)	0,859
Halsizlik	6 (3-12)	6 (3-12)	0,980
Bulantı- kusma	2 (2-6)	2 (2-8)	0,151
Ağrı	3 (2-8)	3 (2-8)	0,766
Dispne	1 (1-4)	1 (1-4)	0,690
Uyku bozukluğu	2 (1-4)	2 (1-4)	0,855
İştah kaybı	1 (1-4)	1 (1-4)	0,195
Konstipasyon	1 (1-4)	1 (1-4)	0,755
Diyare	1 (1-4)	1 (1-4)	0,911
Maddi zorluk	2 (1-4)	2 (1-4)	0,703

5.4.4 Meme kanseri tanısı olan hastaların anti-kanser tedavi durumlarına göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar (n= 154)

Hastaların sistemik anti-kanser tedavi durumlarına göre yapılan analizde; eşit dağılmayan değişken varlığı nedeni ile karşılaştırma Kruskall- Wallis testi ile yapıldı ve EORTC QOL- 30 yaşam kalitesi ölçeğinde sadece aktif anti-kanser tedavi alan

grupta bulantı-kusmanın daha yüksek düzeyde deneyimlendiği saptandı (p=0,030) (Tablo 11).

Tablo 11. Çalışma grubunun anti-kanser tedavi durumuna göre EORT QOL – 30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi.

Özellik	Aktif tedavi almıyor (n=32)	Adjuvant endokrin tedavi (n=66)	Aktif anti-kanser tedavi alıyor (n=56)	p değeri
Genel iyilik hali	79,16 (8-100)	66,66 (0-100)	75 (8-100)	0,718
Fonksiyonel durum				
Fiziksel fonksiyonlar	73,33 (13-100)	73,33 (13-100)	73,33 (8-100)	0,894
Rol fonksiyon	91,66 (0-100)	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,191
Emosyonel fonksiyon	75 (0-100)	83,33 (0-100)	75 (0-100)	0,613
Kognitif fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,474
Sosyal fonksiyon	100 (0-100)	83,33 (0-100)	83,32 (0-100)	0,111
Semptom skalası	17,94 (3-82)	20,51 (0-72)	23,07 (3-90)	0,267
Halsizlik	6 (3-12)	6 (3-12)	7 (3-12)	0,342
Bulantı- kusma	2 (2-6)	2 (2-6)	2 (2-8)	0,030
Ağrı	3 (2-8)	3 (2-8)	3,50 (2-8)	0,386
Dispne	1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-4)	0,277
Uyku bozukluğu	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	0,934
İştah kaybı	1 (1-4)	1 (1-3)	1 (1-4)	0,063
Konstipasyon	1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-4)	0,839
Diyare	1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-4)	0,866
Maddi zorluk	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	0,722

5.4.5. Meme kanseri tanısı olan hastaların metastatik hastalık durumlarına göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar (n= 154)

Hastaların metastatik hastalık durumuna göre yapılan analizinde; eşit dağılmayan değişken varlığı nedeni ile karşılaştırma Mann- Whitney U testi ile yapıldı ve EORTC QOL- 30 yaşam kalitesi ölçeğindeki semptom skalası alt

boyutunun metastatik olan hastalarda daha yüksek olduğu ($p=0,043$), daha fazla halsizlik ($p=0,031$) ve iştahsızlık ($p=0,005$) semptomları yaşadıkları tespit edildi. Buna karşın diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışma grubunun metastatik hastalık durumlarına göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi.

Özellik	Non- metastatik (n=129)	Metastatik (n=25)	p değeri
Genel iyilik hali	66,66 (0-100)	66,66 (8-100)	0,104
Fonksiyonel durum			
Fiziksel fonksiyonlar	73,33 (13-100)	73,33 (7-93)	0,247
Rol fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,018
Emosyonel fonksiyon	75 (0-100)	75 (0-100)	0,793
Kognitif fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (33-100)	0,091
Sosyal fonksiyon	83,33 (0-100)	66,66 (0-100)	0,137
Semptom skalası	20,51 (0-90)	35,89 (3-69)	0,043
Halsizlik	6 (3-12)	7 (3-12)	0,031
Bulantı- kusma	2 (2-8)	2 (2-7)	0,084
Ağrı	3 (2-8)	3 (2-8)	0,236
Dispne	1 (1-4)	1 (1-3)	0,954
Uyku bozukluğu	2 (1-4)	2 (1-4)	0,753
İştah kaybı	1 (1-4)	2 (1-4)	0,005
Konstipasyon	1 (1-4)	1 (1-3)	0,325
Diyare	1 (1-4)	1 (1-4)	0,356
Maddi zorluk	2 (1-4)	2 (1-4)	0,504

5.4.6. Meme kanseri tanısı olan hastaların EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının hobi varlığına göre karşılaştırılması (n=154)

Hastaların hobi varlığı durumuna göre yapılan analizinde; eşit dağılmayan değişken varlığı nedeni ile karşılaştırma Mann- Whitney U testi ile yapıldı ve EORTC QOL- 30 yaşam kalitesi fiziksel fonksiyonlar alt boyuta ait ortalama değerlerin hobisi olmayan hastalarda daha düşük olduğu ($p=0,011$), semptom skorunun daha yüksek olduğu ($p=0,003$), halsizlik ($p=0,048$), ağrı (0,017), dispne (0,049)

semptomlarını daha fazla deneyimledikleri ve daha fazla maddi zorluk ($p=0,001$) yaşadıkları tespit edildi. Buna karşın diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 13).

Tablo 13. Çalışma grubunun hobi durumuna göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi.

Özellik	Hobi yok (n=96)	Hobi var (n=58)	p değeri
Genel iyilik hali	66,66 (17-100)	75 (0-100)	0,353
Fonksiyonel durum			
Fiziksel fonksiyonlar	66,66 (7-100)	80 (13-100)	0,011
Rol fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,517
Emosyonel fonksiyon	75 (0-100)	83,33 (0-100)	0,118
Kognitif fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,707
Sosyal fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,298
Semptom skalası	26,92 (3-82)	17,94 (0-90)	0,003
Halsizlik	6 (3-12)	6 (3-12)	0,048
Bulantı- kusma	2 (2-7)	2 (2-8)	0,266
Ağrı	4 (2-8)	3 (2-8)	0,017
Dispne	1 (1-4)	1 (1-4)	0,049
Uyku bozukluğu	2 (1-4)	2 (1-4)	0,114
İştah kaybı	1 (1-4)	1 (1-4)	0,319
Konstipasyon	1 (1-4)	1 (1-4)	0,264
Diyare	1 (1-4)	1 (1-4)	0,163
Maddi zorluk	2 (1-4)	1 (1-4)	0,001

5.4.7. Meme kanseri tanısı olan hastaların EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının kişilik tipine göre karşılaştırılması (n=154)

Hastaların kişilik tiplerine göre yapılan analizinde; eşit dağılmayan değişken varlığı nedeni ile karşılaştırma Mann- Whitney U testi ile yapıldı ve EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeğindeki alt boyutların kişilik tipine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (Tablo 14).

Tablo 14. Çalışma grubunun kişilik tipine göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi.

Özellik	A Kişilik Tipi (n=106)	B Kişilik Tipi (n=48)	p değeri
Genel iyilik hali	66,66 (0-100)	75 (8-100)	0,564
Fonksiyonel durum			
Fiziksel fonksiyonlar	73,33 (7-100)	73,33 (13-100)	0,895
Rol fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,832
Emosyonel fonksiyon	75 (0-100)	79,16 (0-100)	0,382
Kognitif fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,445
Sosyal fonksiyon	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,832
Semptom skalası	20,51 (0-90)	20,51 (3-82)	0,888
Halsizlik	6 (3-12)	6 (3-12)	0,875
Bulantı- kusma	2 (2-8)	2 (2-6)	0,285
Ağrı	3 (2-8)	4 (2-8)	0,279
Dispne	1 (1-4)	1 (1-3)	0,610
Uyku bozukluğu	2 (1-4)	2 (1-4)	0,708
İştah kaybı	1 (1-4)	1 (1-4)	0,127
Konstipasyon	1 (1-4)	1 (1-4)	0,282
Diyare	1 (1-4)	1 (1-4)	0,739
Maddi zorluk	2 (1-4)	1 (1-4)	0,581

5.4.8. Meme kanseri tanısı olan hastaların EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının benlik saygısı derecesine göre karşılaştırılması (n=154)

Hastaların benlik saygısı durumuna göre yapılan analizinde; eşit dağılmayan değişken varlığı nedeni ile karşılaştırma Mann- Whitney U testi ile yapıldı ve düşük-orta benlik saygı derecesine sahip olan meme kanserli hastaların yüksek benlik saygı derecesine sahip olanlara göre EORTC QOL- 30 yaşam kalitesi ölçeğindeki tüm alt boyutlardan daha düşük puan aldığı buna karşın semptom skorunun anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışma grubunun benlik saygısı derecesine göre EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmesi.

Özellik	Düşük- Orta (n=10)	Yüksek (n=144)	p değeri
Genel iyilik hali	50 (8-92)	75 (0-100)	0,011
Fonksiyonel durum			
Fiziksel fonksiyonlar	53,33 (20-100)	73,33 (7-100)	0,010
Rol fonksiyon	66,66 (33-100)	83,33 (0-100)	0,049
Emosyonel fonksiyon	33,33 (0-75)	83,33 (0-100)	0,000
Kognitif fonksiyon	66,66 (0-83)	83,33 (0-100)	0,001
Sosyal fonksiyon	66,66 (0-100)	83,33 (0-100)	0,018
Semptom skalası	43,58 (3-59)	20,51 (0-90)	0,008
Halsizlik	8 (4-10)	6 (3-12)	0,015
Bulantı- kusma	3 (2-6)	2 (2-8)	0,007
Ağrı	4 (2-6)	3 (2-8)	0,043
Dispne	2 (1-3)	1 (1-4)	0,007
Uyku bozukluğu	2 (1-4)	1 (1-4)	0,258
İştah kaybı	2 (1-4)	1 (1-4)	0,053
Konstipasyon	2 (1-3)	1 (1-4)	0,279
Diyare	1 (1-4)	1 (1-4)	0,603
Maddi zorluk	3 (1-4)	2 (1-4)	0,033

5.5. Korelasyon analizleri

5.5.1 Çalışma grubundaki meme kanserli kadının demografik özellikleri ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki (n=154)

Yapılan analizde fiziksel fonksiyon ile hobi varlığı arasında zayıf düzeyde ancak pozitif yönde korelasyon olduğu ($r_{\text{Spearman}} = 0,205$, $p=0,011$) buna karşın hobi varlığı ile semptom skoru ($r_{\text{Spearman}} = - 0,236$, $p=0,003$) arasında zayıf düzeyde de olsa negatif yönde korelasyon bulunduğu saptandı (Tablo 16).

Tablo 16. Çalışma grubunun demografik özellikleri ile EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Değişken	r ^{Spearman}	P değeri
EORTC QOL-C30 Genel İyi Hali		
Yaş	0,102	0,208
Tanı anındaki yaş	0,101	0,213
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	0,18	0,829
Eğitim durumu	0,003	0,972
Aktif iş hayatı	-0,036	0,662
Medeni durum	0,039	0,635
Ekonomik düzey	-0,145	0,072
Hobi varlığı	0,075	0,354
EORTC QOL-C30 Fiziksel Fonksiyonlar		
Yaş	-0,140	0,083
Tanı anındaki yaş	-0,113	0,164
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	-0,052	0,525
Eğitim durumu	0,148	0,067
Aktif iş hayatı	-0,043	0,597
Medeni durum	0,041	0,611
Ekonomik düzey	0,000	0,995
Hobi varlığı	0,205	0,011
EORTC QOL-C30 Rol Fonksiyon		
Yaş	0,036	0,656
Tanı anındaki yaş	0,047	0,566
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	-0,016	0,843
Eğitim durumu	-0,012	0,886
Aktif iş hayatı	0,072	0,378
Medeni durum	0,087	0,281
Ekonomik düzey	-0,090	0,267
Hobi varlığı	0,052	0,518

Tablo 16 devamı. Çalışma grubunun demografik özellikleri ile EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

EORTC QOL-C30 Emosyonel Fonksiyon		
Yaş	0,093	0,251
Tanı anındaki yaş	0,095	0,242
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	0,033	0,689
Eğitim durumu	-0,091	0,264
Aktif iş hayatı	0,130	0,109
Medeni durum	0,068	0,402
Ekonomik düzey	-0,055	0,501
Hobi varlığı	0,084	0,300
EORTC QOL-C30 Kognitif Fonksiyon		
Yaş	0,115	0,155
Tanı anındaki yaş	0,137	0,089
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	-0,071	0,381
Eğitim durumu	-0,097	0,229
Aktif iş hayatı	0,042	0,608
Medeni durum	0,003	0,972
Ekonomik düzey	-0,048	0,554
Hobi varlığı	0,030	0,709
EORTC QOL-C30 Sosyal Fonksiyon		
Yaş	0,089	0,272
Tanı anındaki yaş	0,081	0,317
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	0,077	0,342
Eğitim durumu	-0,072	0,372
Aktif iş hayatı	0,034	0,671
Medeni durum	0,008	0,922
Ekonomik düzey	-0,055	0,501
Hobi varlığı	0,084	0,300

Tablo 16 devamı. Çalışma grubunun demografik özellikleri ile EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

EORTC QOL-C30 Semptom Skoru		
Yaş	-0,031	0,704
Tanı anındaki yaş	-0,007	0,927
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	-0,035	0,670
Eğitim durumu	-0,112	0,165
Aktif iş hayatı	-0,013	0,868
Medeni durum	-0,044	0,588
Ekonomik düzey	-0,045	0,582
Hobi varlığı	-0,236	0,003

Çalışma grubundaki 154 meme kanserli kadının demografik özellikleri ile semptom skalası alt başlığında yer alan her bir semptom için de Spearman korelasyon analizi yapıldı. Yapılan analizde yaş ile halsizlik ($r_{\text{Spearman}} = 0,314$, $p=0,031$), uyku bozukluğu ($r_{\text{Spearman}} = 0,245$, $p=0,048$), iştah kaybı ($r_{\text{Spearman}} = 0,211$, $p=0,041$) ve ağrı ($r_{\text{Spearman}} = 0,351$, $p=0,034$) arasında pozitif yönde korelasyon mevcutken, maddi zorluk ($r_{\text{Spearman}} = -0,198$, $p=0,018$) ile hafif düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edildi. Diğer semptomlar yani bulantı-kusma, dispne, konstipasyon ve diyare ile yaş arasında herhangi bir korelasyon yoktu ($p>0,005$).

Hastaların kanser tanısı ile geçen yaşam süresi göz önüne alındığında; halsizlik ($r_{\text{Spearman}} = 0,345$, $p=0,022$), ağrı ($r_{\text{Spearman}} = 0,293$, $p=0,018$), uyku bozukluğu ($r_{\text{Spearman}} = 0,211$, $p=0,027$) ve iştah kaybı ($r_{\text{Spearman}} = 0,319$, $p=0,031$) ile kanser tanısı ile geçen zaman süresi arasında hafif düzeyde olmak üzere pozitif yönde bir korelasyon mevcutken, maddi zorluk ($r_{\text{Spearman}} = -0,183$, $p=0,021$) ile hafif düzeyde ve negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı. Diğer semptomlar yani bulantı-kusma, dispne, konstipasyon ve diyare ile arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,005$).

Benzer şekilde hobi varlığı ile halsizlik ($r_{\text{Spearman}} = -0,251$, $p=0,014$), iştah kaybı ($r_{\text{Spearman}} = -0,279$, $p=0,036$), uyku bozukluğu ($r_{\text{Spearman}} = -0,245$, $p=0,024$), konstipasyon ($r_{\text{Spearman}} = -0,179$, $p=0,031$) arasında hafif düzeyde olmak üzere negatif

yönde bir korelasyon mevcutken, maddi zorluk ($r_{\text{Spearman}} = 0,263$, $p=0,032$) ile hafif düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı. Diğer semptomlar yani bulantı-kusma, ağrı, dispne ve diyare ile hobi varlığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,005$).

Diğer demografik özellikler ile semptom skalasında yer alan semptomlar arasında her hangi bir anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,005$).

5.5.2. Çalışma grubundaki meme kanserli kadının klinik özellikleri ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki (n=154)

Yapılan analizde rol fonksiyon ile metastatik hastalık durumu arasında zayıf düzeyde ancak negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($r_{\text{Spearman}} = -0,191$, $p=0,018$). Benzer şekilde sosyal fonksiyon ile sistemik tedavi durumu arasında da zayıf düzeyde negatif bir ilişki olduğu tespit edildi ($r_{\text{Spearman}} = -0,161$, $p=0,046$). Buna karşın metastatik hastalık ile semptom skoru arasında zayıf düzeyde de olsa pozitif yönde bir korelasyon bulunduğu saptandı ($r_{\text{Spearman}} = 0,164$, $p=0,043$) (Tablo 17).

Tablo 17. Çalışma grubunun klinik özellikleri ile EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Değişken	r_{Spearman}	P değeri
EORTC QOL-C30 Genel İyilik Hali		
Metastatik hastalık durumu	-0,131	0,104
Meme cerrahi tipi	-0,016	0,847
Organ kaybı durumu	-0,014	0,859
Meme rekonstrüksiyon durumu	0,006	0,938
Tablo 17 devamı. Çalışma grubunun klinik özellikleri ile EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi		
Sistemik tedavi durumu	0,000	1,000
EORTC QOL-C30 Fiziksel Fonksiyonlar		
Metastatik hastalık durumu	-0,094	0,249
Meme cerrahi tipi	0,052	0,521
Organ kaybı durumu	0,080	0,325
Meme rekonstrüksiyon durumu	0,106	0,190
Sistemik tedavi durumu	-0,038	0,638

Tablo 17 devamı. Çalışma grubunun klinik özellikleri ile EORTC QOL-30 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

EORTC QOL-C30 Rol Fonksiyon		
Metastatik hastalık durumu	-0,191	0,018
Meme cerrahi tipi	0,055	0,499
Organ kaybı durumu	0,043	0,595
Meme rekonstrüksiyon durumu	0,098	0,228
Sistemik tedavi durumu	0,140	0,082
EORTC QOL-C30 Emosyonel Fonksiyon		
Metastatik hastalık durumu	-0,021	0,794
Meme cerrahi tipi	-0,123	0,127
Organ kaybı durumu	-0,104	0,198
Meme rekonstrüksiyon durumu	0,060	0,458
Sistemik tedavi durumu	0,042	0,607
EORTC QOL-C30 Kognitif Fonksiyon		
Metastatik hastalık durumu	0,137	0,091
Meme cerrahi tipi	-0,121	0,134
Organ kaybı durumu	-0,070	0,387
Meme rekonstrüksiyon durumu	0,064	0,432
Sistemik tedavi durumu	-0,063	0,439
EORTC QOL-C30 Sosyal Fonksiyon		
Metastatik hastalık durumu	-0,120	0,137
Meme cerrahi tipi	0,028	0,729
Organ kaybı durumu	0,038	0,640
Meme rekonstrüksiyon durumu	0,077	0,343
Sistemik tedavi durumu	-0,161	0,046
EORTC QOL-C30 Semptom Skoru		
Metastatik hastalık durumu	0,164	0,043
Meme cerrahi tipi	-0,016	0,842
Organ kaybı durumu	-0,014	0,860
Meme rekonstrüksiyon durumu	-0,067	0,411
Sistemik tedavi durumu	-0,130	0,108

Çalışma grubundaki 154 meme kanserli kadının klinik özellikleri ile semptom skalası alt başlığında yer alan her bir semptom için de Spearman korelasyon analizi yapıldı. Yapılan analizde metastatik hastalık durumu ile halsizlik ($r_{\text{Spearman}} = 0,424$, $p=0,031$), bulantı- kusma ($r_{\text{Spearman}} = 0,378$, $p=0,011$), ağrı ($r_{\text{Spearman}} = 0,389$, $p=0,017$), uyku bozukluğu ($r_{\text{Spearman}} = 0,215$, $p=0,044$), iştah kaybı ($r_{\text{Spearman}} = 0,245$, $p=0,039$) ve maddi zorluk ($r_{\text{Spearman}} = 0,301$, $p=0,046$) arasında pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edildi. Diğer semptomlar ile metastatik hastalık durumu arasında her hangi bir korelasyon yoktu ($p>0,005$).

Benzer şekilde sistemik tedavi durumu ile halsizlik ($r_{\text{Spearman}} = 0,404$, $p=0,011$), bulantı- kusma ($r_{\text{Spearman}} = 0,338$, $p=0,009$), ağrı ($r_{\text{Spearman}} = 0,109$, $p=0,014$), uyku bozukluğu ($r_{\text{Spearman}} = 0,315$, $p=0,014$), iştah kaybı ($r_{\text{Spearman}} = 0,322$, $p=0,031$) ve maddi zorluk ($r_{\text{Spearman}} = 0,342$, $p=0,043$) arasında pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edildi. Diğer semptomlar ile sistemik tedavi durumu arasında her hangi bir korelasyon yoktu ($p>0,005$).

Diğer klinik özellikler ile semptom skalasında yer alan semptomlar arasında her hangi bir anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,005$).

5.5.3. Çalışma grubundaki meme kanserli kadının demografik özellikleri ile kişilik tipi ve benlik saygı durumu arasındaki ilişki (n=154)

Yapılan analizde hem kişilik tipi hem de benlik saygısı bakımından anlamlı korelasyon gösteren demografik bir özellik olmadığı saptandı (Tablo 18).

Tablo 18. Çalışma grubunun demografik özelliklerinin kişilik tipi ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Değişken	r ^{Spearman}	P değeri
KİŞİLİK TİPİ		
Yaş	-0,003	0,972
Tanı anındaki yaş	-0,011	0,890
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	0,040	0,624
Eğitim durumu	-0,005	0,951
Aktif iş hayatı	0,005	0,951
Medeni durum	-0,003	0,970
Ekonomik düzey	-0,079	0,329
Hobi varlığı	-0,113	0,161
Benlik saygısı durumu	0,004	0,960
BENLİK SAYGISI DURUMU		
Yaş	0,023	0,779
Tanı anındaki yaş	0,044	0,591
Kanser tanısı ile geçen yaşam süresi	-0,133	0,101
Eğitim durumu	0,153	0,057
Aktif iş hayatı	0,027	0,738
Medeni durum	0,148	0,066
Tablo 18 Devam. Çalışma grubunun demografik özelliklerinin kişilik tipi ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi		
Ekonomik düzey	-0,002	0,983
Hobi varlığı	0,123	0,129
Kişilik tipi	0,004	0,960

5.5.4. Çalışma grubundaki meme kanserli kadının klinik özellikleri ile kişilik tipi ve benlik saygı durumu arasındaki ilişki

Yapılan analizde hem kişilik tipi hem de benlik saygısı bakımından anlamlı korelasyon gösteren klinik bir özellik olmadığı saptandı (Tablo 19).

Tablo 19. Çalışma grubunun klinik özelliklerinin kişilik tipi ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Değişken	r _{Spearman}	P değeri
KİŞİLİK TİPİ		
Metastatik hastalık durumu	0,008	0,923
Meme cerrahi tipi	-0,009	0,910
Organ kaybı durumu	-0,017	0,830
Meme rekonstrüksiyon durumu	0,107	0,186
Sistemik tedavi durumu	0,072	0,378
BENLİK SAYGISI DURUMU		
Metastatik hastalık durumu	0,045	0,579
Meme cerrahi tipi	0,038	0,639
Organ kaybı durumu	0,061	0,453
Meme rekonstrüksiyon durumu	0,069	0,392
Sistemik tedavi durumu	-0,090	0,265

5.5.5. Çalışma grubundaki meme kanserli kadının kişilik tipi ve benlik saygı durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki (n=154)

Yapılan korelasyon analizinde EORTC QOL- 30 yaşam kalitesi ölçeğindeki tüm alt boyutlar ile kişilik tipi arasında anlamlı bir ilişki kurulamadı (Tablo 20). Buna karşın semptom skalasında yer alan semptomlar ile ilgili yapılan Spearman korelasyon analizi sonrasında; A tipi kişilik ile halsizlik ($r_{\text{Spearman}} = 0,545$, $p=0,004$), uyku bozukluğu ($r_{\text{Spearman}} = 0,439$, $p=0,007$) ve maddi zorluk ($r_{\text{Spearman}} = 0,513$,

p=0,017) arasında orta- yüksek derecede pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 20).

EORTC QOL- 30 yaşam kalitesi ölçeğindeki tüm alt boyutlar ile benlik saygısı tipi arasında yapılan korelasyon analizinde genel iyilik hali ($r_{\text{Spearman}} = 0,207$, $p=0,010$), fiziksel fonksiyonlar ($r_{\text{Spearman}} = 0,208$, $p=0,009$), rol fonksiyon ($r_{\text{Spearman}} = 0,161$, $p=0,046$), emosyonel fonksiyon ($r_{\text{Spearman}} = 0,287$, $p=0,000$), kognitif fonksiyon ($r_{\text{Spearman}} = 0,281$, $p=0,000$) ve sosyal fonksiyon ($r_{\text{Spearman}} = 0,193$, $p=0,016$) ile hafif düzeyde ancak pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmışken, semptom skoru ($r_{\text{Spearman}} = -0,216$, $p=0,007$) ile yine hafif düzeyde ancak negatif yönde bir korelasyon mevcuttu (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışma grubunun yaşam kalitesi ile kişilik tipi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

EORTC QOL-C30	KİŞİLİK TİPİ		BENLİK SAYGISI	
	r_{Spearman}	P değeri	r_{Spearman}	P değeri
Genel İyilik Hali	-0,047	0,565	0,207	0,010
Fiziksel Fonksiyonlar	-0,011	0,896	0,208	0,009
Rol Fonksiyon	-0,017	0,833	0,161	0,046
Emosyonel Fonksiyon	0,071	0,383	0,287	0,000
Kognitif Fonksiyon	-0,062	0,447	0,281	0,000
Sosyal Fonksiyon	-0,017	0,833	0,193	0,016
Semptom Skoru	0,011	0,889	-0,216	0,007

Semptom skalasında yer alan semptomlar ile ilgili yapılan Spearman korelasyon analizi sonrasında; benlik saygısı derecesi ile yorgunluk ($r_{\text{Spearman}} = 0,196$, $p=0,015$), bulantı-kusma ($r_{\text{Spearman}} = 0,217$, $p=0,007$), ağrı ($r_{\text{Spearman}} = 0,163$, $p=0,043$), dispne ($r_{\text{Spearman}} = 0,217$, $p=0,007$) ve ekonomik zorluk ($r_{\text{Spearman}} = 0,173$, $p=0,032$) arasında hafif düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı.

EORTC QOL- C30 yaşam kalitesi ölçeğinin alt alanlarından alınan puanlar yorumlandıktan sonra oluşturulan yüksek yaşam kalitesi ve düşük yaşam kalitesi

grupları göz önüne alındığında, kişilik tipi ile yaşam kalitesi durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken ($r_{\text{Spearman}} = -0,005$ $p=0,946$), benlik saygısı ile yaşam kalitesi durumu arasında ($r_{\text{Spearman}} = 0,190$ $p=0,018$) hafif düzeyde ancak pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı.

5.6. Regresyon analizleri

5.6.1. Benlik saygısı derecesini etkileyen bağımsız faktörlerin belirlenmesinde çok değişkenli lojistik (bineary) regresyon analizi yapıldı.

Çalışma grubunda yer alan 154 meme kanseri tanısı olan hastada benlik saygısına etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile çok değişkenli lojistik (bineary) regresyon analizi yapıldı. Regresyon analizinde düşük benlik saygısı 1 hasta ile temsil edildiğinden multinominal ve ordinal regresyon analizlerinde de kayıp veriler yer alması nedeni ile benlik saygısı durumu iki gruba yeniden tasnif edildikten sonra (Düşük- orta benlik saygısı vs. yüksek benlik saygısı) regresyon analizi için model oluşturuldu.

Bu modelde birden fazla sıralı değişken ve nominal değişken yer aldı (Tablo 21). Başlangıçta yüksek benlik saygısını tahmin etme olasılığı %93,5 iken oluşturulan model ile bu oranın %95,5'e yükseldiği görüldü. Modelin yeterliliği için yapılan Omnibus test için p değeri 0,05 olarak hesaplandı ve Nagelkerke R kare değeri 0,559 olarak belirlendi.

Tablo 21. Çalışma grubunda benlik saygısı derecesine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile belirlenmesi.

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step	Yaş (≥ 60 yıl)	-,765	1,783	,184	1	,668	,466	,014	15,343
1 ^a	Tanıdaki yaş (≥ 60 yıl)	1,515	1,908	,631	1	,427	4,551	,108	191,377
	Kanser tanısı ile geçen zaman (<1 yıl)			,792	3	,851			
	Kanser tanısı ile geçen zaman (2-5 yıl)	18,590	5033,460	,000	1	,997	118405432,068	,000	.

Tablo 21 Devam. Çalışma grubunda benlik saygısı derecesine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile belirlenmesi.

Kanser tanısı ile geçen zaman (6-10 yıl)	19,627	5033,460	,000	1	,997	334026787,053	,000	.
Kanser tanısı ile geçen zaman (≥ 11 yıl)	-,109	16070,986	,000	1	1,000	,897	,000	.
Evre (Metastatik)	-2,705	1,674	2,612	1	,106	,067	,003	1,777
Meme cerrahisi (Total mastektomi)	-14,712	9506,173	,000	1	,999	,000	,000	.
Total organ kaybı (Var)	-,717	1,163	,380	1	,538	,488	,050	4,771
Sistemik tedavi (Aktif tedavi yok)			2,097	2	,350			
Sistemik tedavi (Adjuvan hormon)	2,235	1,583	1,994	1	,158	9,347	,420	207,986
Sistemik tedavi (Kemoterapi)	2,452	2,066	1,409	1	,235	11,616	,203	665,970
Eğitim durumu (Yüksek)	-21,176	4768,568	,000	1	,996	,000	,000	.
Meslek (Aktif çalışıyor)	-1,948	1,196	2,654	1	,103	,143	,014	1,485
Medeni durum (Partneri var)	-1,647	1,093	2,270	1	,132	,193	,023	1,641
Ekonomik Durum (Düşük)	,665	1,890	,124	1	,725	1,944	,048	78,997
Hobi Varlığı (Var)	-,951	1,223	,605	1	,437	,386	,035	4,245
Yaşam kalitesi (Yüksek)	1,614	1,255	1,655	1	,198	5,023	,430	58,749
Kişilik tipi (A kişilik tipi)	,034	1,317	,001	1	,979	1,035	,078	13,686
Semptom durumu (Yoğun)	-2,504	1,519	2,719	1	,099	,082	,004	1,603
Sabit	33,224	11368,768	,000	1	,998	268637837826356,220		

Regresyon analizi sonrasında yüksek benlik saygısına etki eden bağımsız bir faktör belirlenemedi (Tablo 21).

Mevcut modele hobi yönelimi ve hobi sayısı eklendiğinde, benlik saygısı derecesine her iki değişkenin de anlamlı olarak etki ettiği belirlendi (Sırasıyla, $p=0,032$ ve $p=0,041$). Sonuç olarak sosyal aktif iletişim sağlayan hobilerin ve daha fazla hobi edinmenin yüksek benlik saygısını bağımsız olarak belirleyebileceği saptandı.

5.6.2. Yüksek yaşam kalitesine etki eden bağımsız faktörlerinin belirlenmesinde çok değişkenli lojistik (bineary) regresyon analizi yapıldı.

Yaşam kalitesinin düzeyi gruplandırılırken genel sağlık durumu ve fonksiyonel skaladan yüksek, semptom skalasından ise düşük puan alan hastalar yüksek yaşam kalitesine sahip olanlar şeklinde tanımlandı. Hastalar yaşam kalitesi yüksek olanlar ve düşük olanlar şeklinde iki sınıfa ayrıldı ve yapılan analizlerde yaşam kalitesi ile kişilik tipi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamışken ($r_{\text{Spearman}} = -0,005$, $p=0,946$), yaşama kalitesi ile benlik saygısı arasında zayıf ancak negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($r_{\text{Spearman}} = -0,191$, $p=0,018$) (Tablo 22).

Bu modelde birden fazla sıralı değişken ve nominal değişken yer aldı (Tablo 22). Başlangıçta yüksek benlik saygısını tahmin etme olasılığı %55,8 iken oluşturulan model ile bu oranın %72,1'e yükseldiği görüldü. Modelin yeterliliği için yapılan Omnibus test için p değeri 0,027 olarak hesaplandı ve Nagelkerke R kare değeri 0,246 olarak belirlendi.

Tablo 22. Çalışma grubunda yaşam kalitesine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Yaş (≥ 60 yıl)	,639	,773	,682	1	,409	1,894	,416	8,626
	Tanıdaki yaş (≥ 60 yıl)	-,913	,798	1,307	1	,253	,401	,084	1,919
	Kanser tanısı ile geçen zaman (<1 yıl)			1,966	3	,579			
	Kanser tanısı ile geçen zaman (2-5 yıl)	-,668	,500	1,779	1	,182	,513	,192	1,368

Tablo 22 Devam. Çalışma grubunda yaşam kalitesine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

Kanser tanısı ile geçen zaman (6-10 yıl)	-,655	,627	1,094	1	,296	,519	,152	1,773
Kanser tanısı ile geçen zaman (≥ 11 yıl)	-,746	1,188	,394	1	,530	,474	,046	4,873
Evre (Metastatik)	1,182	,753	2,462	1	,117	3,261	,745	14,272
Meme cerrahisi (Total mastektomi)	-1,507	1,072	1,976	1	,160	,222	,027	1,812
Total organ kaybı (Var)	,030	,443	,005	1	,946	1,031	,433	2,453
Sistemik tedavi (Aktif tedavi yok)			,617	2	,734			
Sistemik tedavi (Adjuvan hormon)	-,031	,508	,004	1	,952	,970	,358	2,624
Sistemik tedavi (Kemoterapi)	-,419	,624	,450	1	,502	,658	,193	2,236
Eğitim durumu (Yüksek)	,793	,517	2,353	1	,125	2,209	,802	6,082
Meslek (Aktif çalışıyor)	,095	,515	,034	1	,853	1,100	,401	3,016
Medeni durum (Partneri var)	,037	,419	,008	1	,930	1,037	,456	2,359
Ekonomik Durum (Düşük)	,070	,658	,011	1	,915	1,072	,295	3,895
Hobi Varlığı (Var)	-,070	,435	,026	1	,872	,932	,397	2,189
Semptom durumu (Yoğun)	-1,474	,395	13,893	1	,000	,229	,106	,497
Benlik saygısı derecesi (Yüksek)	1,701	,897	3,598	1	,058	5,482	,945	31,803
Kişilik tipi (A tipi kişilik)	-,025	,415	,004	1	,953	,976	,432	2,202
Sabit	-,483	2,402	,040	1	,841	,617		

Regresyon analizi sonrasında yoğun semptom deneyimleyen hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucu saptandı ($p=0,000$). Yüksek yaşam kalitesini etkileyen başka bağımsız bir değişken saptanmadı (Tablo 22).

Mevcut modele hobi yönelimi ve hobi sayısı eklendiğinde, yaşam kalitesi düzeyi üzerine her ikisinin de anlamlı olarak etki ettiği saptandı (Sırasıyla, $p=0,004$ ve $p=0,007$). Bu sonuç sosyal aktif iletişimin yüksek yaşam kalitesini belirlediğini ve aynı zamanda ikiden fazla hobi edinmenin de yüksek yaşam kalitesi sağladığını bağımsız olarak göstermiş oldu.

5.6.3. Kişilik tipine etki eden bağımsız faktörlerinin belirlenmesinde çok değişkenli lojistik (bineary) regresyon analizi yapıldı.

Bu modelde birden fazla sıralı değişken ve nominal değişken yer aldı (Tablo 23). Başlangıçta A tipi kişilik özelliğine sahip meme kanserli kadınları tahmin etme olasılığı %68,8 iken oluşturulan model ile bu oranın %77,3'e yükseldiği görüldü. Modelin yeterliliği için yapılan Omnibus test için p değeri 0,730 olarak hesaplandı ve Nagelkerke R kare değeri 0,293 olarak belirlendi.

Regresyon analizi sonrasında A tipi kişilik yapısına 60 ve üzeri yaş olmak ($p=0,015$) haricinde başka bir etkili bağımsız faktör belirlenemedi (Tablo 23). Böylelikle kanser tanısı aldıktan sonraki süreçte meme kanserli kadınların kişilik özelliklerini etkilediği düşünülen bir değişken belirlenemedi.

Tablo 23. Çalışma grubunda kişilik tipine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Yaş (≥ 60 yıl)	2,189	,898	5,942	1	,015	8,924	1,536	51,855
	Tanıdaki yaş (≥ 60 yıl)	-,376	,979	,148	1	,701	,686	,101	4,680
	Kanser tanısı ile geçen zaman (<1 yıl)			,341	3	,952			
	Kanser tanısı ile geçen zaman (2-5 yıl)	-,278	,640	,189	1	,664	,757	,216	2,652
	Kanser tanısı ile geçen zaman (6-10 yıl)	,000	,754	,000	1	1,000	1,000	,228	4,382

Tablo 23 Devam. Çalışma grubunda kişilik tipine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

Kanser tanısı ile geçen zaman (≥11 yıl)	,229	1,484	,024	1	,877	1,257	,069	23,066
Evre (TNM 1)			4,628	3	,201			
Evre (TNM II)	,939	,740	1,608	1	,205	2,557	,599	10,909
Evre (TNM III)	,820	,872	,883	1	,347	2,269	,411	12,540
Evre (TNM IV)	-2,629	2,081	1,596	1	,207	,072	,001	4,263
Evre Durumu (Metastatik)	2,972	1,960	2,301	1	,129	19,535	,420	909,502
Meme Cerrahi Tipi (Yok)			1,287	2	,526			
Meme Cerrahi Tipi (Meme koruyucu)	-,493	1,272	,150	1	,698	,611	,050	7,387
Meme Cerrahi Tipi (Total mastektomi)	1,071	1,933	,307	1	,580	2,917	,066	128,957
Total Organ Kaybı Varlığı (Var)	,014	1,269	,000	1	,991	1,014	,084	12,204
Sistemik Tedavi Durumu (Yok)			2,104	2	,349			
Sistemik Tedavi Durumu (Adjuvant endokrin)	-,309	,620	,249	1	,618	,734	,218	2,474
Sistemik Tedavi Durumu (Endokrin dışı sistemik tedavi)	-1,036	,732	2,007	1	,157	,355	,085	1,488
Eğitim (Yüksek)	-,098	,720	,019	1	,891	,906	,221	3,719
Meslek (Çalışıyor)	-,342	,818	,175	1	,676	,711	,143	3,528
Eğitim (Okuryazar)			1,151	2	,562			
Eğitim (Lise)	-1,271	1,245	1,043	1	,307	,280	,024	3,217
Eğitim (Yüksekokul)	-,361	,643	,315	1	,574	,697	,198	2,458
Medeni Durum (Bekar)			2,791	2	,248			
Medeni Durum (Ölmüş/Boşanmış)	2,545	1,744	2,129	1	,144	12,743	,418	388,859
Medeni Durum (Evli)	-,022	1,074	,000	1	,984	,978	,119	8,027

Tablo 23 Devam. Çalışma grubunda kişilik tipine etki eden bağımsız faktörlerinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

Ekonomik Durum (Yüksek)	-,555	,877	,400	1	,527	,574	,103	3,205
Hobi Varlığı (Var)	-,593	,554	1,149	1	,284	,552	,187	1,635
Benlik Derecesi (Yüksek)	-,177	1,048	,029	1	,866	,838	,107	6,537
Genel sağlık (Yüksek)	-,779	,591	1,742	1	,187	,459	,144	1,460
Fiziksel fonksiyon (Yüksek)	,907	,554	2,682	1	,101	2,478	,836	7,341
Rol fonksiyon (Yüksek)	,652	,616	1,119	1	,290	1,919	,574	6,420
Kognitif fonksiyon (Yüksek)	,445	,597	,556	1	,456	1,561	,484	5,035
Sosyal fonksiyon (Yüksek)	-1,208	1,916	,398	1	,528	,299	,007	12,777
Emosyonel fonksiyon (Yüksek)	,092	,585	,024	1	,876	1,096	,348	3,452
Semptom skoru (Yüksek)	-,225	,742	,092	1	,762	,799	,186	3,422
Yaşam kalitesi (Yüksek)	1,398	1,829	,584	1	,445	4,049	,112	146,078
Yorgunluk (Yoğun)	,444	,642	,477	1	,490	1,558	,443	5,485
Bulantı (Yoğun)	,252	,603	,175	1	,676	1,287	,395	4,196
Ağrı (Yoğun)	-,774	,640	1,461	1	,227	,461	,132	1,617
Dispne (Yoğun)	,787	,798	,972	1	,324	2,196	,460	10,497
İnsomnia (Yoğun)	,870	,674	1,667	1	,197	2,388	,637	8,949
İştahsızlık (Yoğun)	,306	,953	,103	1	,748	1,359	,210	8,803
Kabızlık (Yoğun)	-,332	,858	,150	1	,699	,718	,134	3,854
İshal (Yoğun)	,168	,811	,043	1	,836	1,183	,241	5,795
Ekonomik kayıp (Yoğun)	,545	,683	,636	1	,425	1,724	,452	6,577
Medeni Durum (Partner var)	-2,802	1,544	3,294	1	,070	,061	,003	1,251
Sabit	-7,886	6,193	1,622	1	,203	,000		

Mevcut modele hobi yönelimi ve hobi sayısı eklendiğinde, kişilik tipi üzerine her ikisinin de anlamlı olarak etki ettiği saptandı (Sırasıyla, $p=0,014$ ve $p=0,027$). Bu sonuç sosyal aktif iletişimin A tipi kişilik yapısını belirlediğini ve aynı zamanda

ikiden fazla hobi edinmenin de A tipi kişilik yapısıyla bağımsız olarak ilişkili olduğu göstermiş oldu.



ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada, A tipi ve B tipi davranış özelliği taşıyan kanser tanılı hastaların demografik ve klinik özelliklerinde farklılık olup olmadığının belirlenmesi ve bunun yanı sıra kişilik tipinin benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin araştırılması hedeflendi. Bu özelliği nedeni ile kanser tanısı olan bireylerde ve özelinde meme kanserli kadınlarda tip A kişilik yapısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin belirlenmeye çalışıldığı bildiğimiz ilk araştırmadır.

Çalışmamızda, meme kanseri tanısı olan kadınlarda kişilik tipi ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Buna karşın A tipi kişilik yapısı olan hastaların daha yüksek benlik saygısı skoruna sahip olduklarını belirledik.

Bu çalışmada ayrıca meme kanserli kadınlarda yüksek benlik saygısını belirleyen bağımsız faktörlerin sırasıyla düşük rol fonksiyon durumu, düşük kognitif fonksiyon durumu, düşük sosyal fonksiyon durumu, düşük emosyonel fonksiyon, yüksek semptom skalası, yoğun bulantı deneyimi ve yoğun maddi kayıp olduğu saptandı. Aynı şekilde yüksek yaşam kalitesini belirleyen bağımsız faktörler ise sırasıyla yüksek genel sağlık durumu, yüksek fiziksel fonksiyon, yüksek rol fonksiyon, yüksek emosyonel fonksiyon, yüksek kognitif fonksiyon, yüksek sosyal fonksiyon ve yüksek benlik saygısı idi.

Asıl hedefimiz önceki araştırmalarda gösterilmiş olan detaylandırılmış kişilik tipleri ve kanser progresyonu arasındaki ilişkiyi doğrulamak veya yoksaymak değil, daha çok stres ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirleyip başa çıkma mekanizması olarak hobi edinmiş olmanın etkisinin belirlenmesi üzerine yoğunlaşmaktı. Bu nedenle pandemi koşulları da göz önüne alınarak daha az zaman alabilecek bir ölçeği kullanmayı ve tip A kişilik yapısı ile stres arasındaki bilindik ilişki üzerine yoğunlaşmayı tercih ettik.

Kişilik tipi ile hastalıklar arasındaki ilişki uzun yıllar boyunca merak edilen bir konu olmuştur. Kişilik tanımı ve kişilik tiplerinin zaman içerisinde daha ayrıntılı şekilde tanımlanması bu konudaki çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesine neden olmuştur.

Farklı kişilik alt tip tanımlamaları ve bunların belirlenmesinde kullanılan ölçekler zaman içerisinde farklı şekillere evrilmiştir. İlk olarak D. W. Fiske tarafından 1949'da geliştirilen büyük 5 kişilik özelliği (Big Five Personality) teorisi (103), daha sonra Norman (104), Smith (105), Goldberg (106) ve McCrae & Costa (107) gibi diğer araştırmacılar tarafından genişletilerek önemli bir araştırma konusu haline almıştır. Diğer bir kişilik tipi sınıflandırma teorisi ise Eysenck tarafından 1967 yılında geliştirilmiştir (108) ve süper üç faktör (Super Three Factor) teorisi olarak isimlendirilmiştir. Sonraki araştırmalar bu iki teori arasındaki ortak veya farklı noktalar üzerine odaklanarak ilerlemiştir. Hem büyük 5 faktör (Big Five Factor) teorisi hem de süper 3 faktör hipotezi, insanların kişilik tiplerinin daha ayrıntılı olarak sınıflandırılması gerektiği ve bireylerin anlık durumlar karşısında temel kişilik özellikleri dışında da bazı davranışsal özellikler gösterebilecekleri düşüncesi üzerinde durmuştur.

A tipi kişilik ve B tipi kişilik kavramı, büyük 5 kişilik özelliği teorisinden bağımsız olarak, ilk defa iki kardiyolog tarafından gözleme dayanan bir hipotez olarak ortaya atılmıştır (73). İki kardiyolog, Friedman ve Rosenman tarafından muayenehanelerinin oturma odasındaki sandalyelerin çoğunun döşemesinin önden yırtılmış olduğu bilgisi ile kalp hastalarının sıklıkla endişeli oldukları sonucuna ulaşmışlardır (73,74). Bu şekilde aşırı rekabetçi, kendisini işine adanmış, sabırsız ve zamana oldukça duyarlı olan kişilerin sahip oldukları bu özellikleri 1976 yılında A tipi davranış olarak tanımlamışlardır (73-75). B tipi davranış özelliklerinin ise A tipi kişilik ile tamamen zıt olduğunu belirlemişlerdir.

Kardiyovasküler hastalıklar ve stres ile doğrudan anlamlı bir ilişki kurulan A tipi kişilik yapısının kanser gelişme riski ve kanserin ilerlemesi ile olan ilişkisine dair de bir merak uyanmıştır. Lemogne ve arkadaşlarına ait 2013 tarihli bir çalışmada, 13768 bireyin kanser riski bakımından 16 yıllık takiplerinde A tipi kişilik yapısının kanser bölgesinden bağımsız olarak kanser riski ile ilişkili olmadığı sonucu bildirilmiştir (109). Biz de çalışmamızda, meme kanseri tanısı olan kadınlar ile benzer yaş özellikleri taşıyan sağlıklı kadınlar arasında kişilik tipi ile ilişkili bir farklılık saptamadık. Ancak kontrol grubundaki sağlıklı bireylerin meslek özellikleri, ekonomik ve eğitim durumlarının hasta grubundan anlamlı olarak farklı olması ve

değişkenlerin dağılımının eşit olmaması nedeni ile kişilik tipinin kanser ile ilişkisini tam kuramamış olduk.

Stres, kanser gelişiminde olduğu kadar kanserin ilerlemesinde de önemli bir risk faktörü olarak uzun yıllar araştırılmıştır ve aynı zamanda kötü prognoz ile de yakın ilişkili olumsuz bir durum olarak düşünülmektedir (110). Kissen ve Eysenck tarafından 1962 yılında yayınlanan bir çalışmada, akciğer kanseri tanısı olan hastaların sıklıkla yüksek düzeyde dışadönüklülük buna karşın düşük düzeyde nevrotik davranış özelliği gösterdiği bildirilmiştir. Bu çalışmada Kissen ve Eysenck “kansere yatkın” bir kişilik tipi kavramının olabileceği ve bunda stres ile ilişkili faktörlerin önemli bir yer tuttuğu düşüncesini ön plana çıkarmıştır (110). Sonraki süreçte 1985 yılında Temoshok ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kutanöz malign melanom tanısı olan 59 hastada bilinen histopatolojik göstergeler ile tahmin edilen prognoz ile kapsamlı bir dizi fiziksel risk, demografik, psikososyal ve durumsal değişkenler arasındaki ilişki araştırıldı (111). Sonuçta hastaların belirli bir grubunun bir 'Tip C' kişilik özelliği kümesi içinde yer aldığı ve 55 yaşından daha genç hastalarda prognozda davranışsal ve psikososyal faktörlerinin rolünün daha belirgin olduğu bildirildi. Bu çalışmanın ardından 1987 yılında Temoshok tarafından psikososyal araştırmalarda teorik yapıların bulunmadığı varsayımıyla stres ve kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişki üzerine yapılacak olan araştırmalar için orijinal olarak oluşturulan A ve B kişilik tiplerinden elde edilen kavramları kullanarak C tipi kişiliğinin tanımlanması gerektiğini önerdi (112).

Kansere yatkın kişilik tipi veya tip C kişilik tipi ya da C tipi davranış özelliği şeklinde tanımlanan tip C kişilik yapısının ana özellikleri arasında kendi ihtiyaçlarını diğer bireylerin gereksinimlerine göre ayarlama veya kendi gereksinimlerini görmezden gelme şeklindeki davranış eğilimlerinin yani bağlılık (sorumluluk) özelliklerinin de bulunduğu da bildirilmiştir (Temoshok 112). Nitekim Eskelinen ve Ollonen tarafından 2011 yılında yapılan bir prospektif vaka-kontrol çalışmasında, yüksek bağlılık özellikleri taşıyan bireyler için meme kanseri riskinde artmış bir eğilim olduğu ve immunité ya da hormonal yolları etkilediği belirtilmiştir (113).

Büyük 5 faktör kişilik tiplerinin ön planda tutulduğu ileriye dönük ve geniş hasta sayısı içeren iyi planlanmış çalışmalar ile kişilik tipi ile kanser gelişme riski ya da kanserin ilerlemesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı gözlenmiştir (114-116).

Nitekim, 2014 yılında Jokela ve arkadaşları tarafından yapılan ve 6 prospektif kohort çalışmasının dahil edildiği bir metaanalizde, 42843 kanser tanısı olmayan erkek ve kadında kanser sıklığı ve kansere bağlı mortalite ile kişilik tipi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (117).

Çalışmamızda meme kanseri tanısı olan kadınlarda kişilik tipi ile metastatik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki kuramadık. Bu durum çalışma grubunda yer alan hasta sayısının görece olarak az olması ve metastatik durum göz önüne alınarak yapılan sınıflandırmada sayı yetersizliği yanı sıra hastalık evresi bakımından dağılımın eşit olmaması ile açıklanabilir.

Önceki araştırmalarda kişiliğin yaşam kalitesi üzerine önemli bir etkisinin olabileceği bildirilmiştir (118-121). Tip A kişilik yapısının stres, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar ile olan yakın ilişkisinin haricinde daha sonra kişilik tiplerinin genişletilmesiyle birlikte benzer araştırmalar tip D kişilik yapısı üzerine odaklanmıştır. Negatif aktivite ve sosyal inhibisyon ile karakterize olan tip D kişilik özelliği olan kanser tanılı hastaların ve kardiyovasküler hastalığı olanların daha kötü sağlık durumuna ve bozulmuş yaşam kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir (118-121). Tip D kişilik yapısının özellikle kanser ve kardiyovasküler hastalıklarda kötü sağlık durumu ve bozulmuş yaşam kalitesi için bağımsız bir gösterge olduğu belirtilmiştir (118-121). Meme kanseri (118), akciğer kanseri (119), kolorektal kanser (120,121) başta olmak üzere farklı kanser tanısı olan hastalarda, tip D kişilik yapısı ve büyük 5 kişilik modeli (Big five personality) kullanılarak kişilik tipinin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Nitekim 2022 yılında yayınlanan bir metaanalizde, metastazlı olmayan meme kanserli kadın hastaların dahil olduğu 6 kohort çalışması ve 6 kesitsel çalışma değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayıları 0,10 ile 0,77 arasında ve açıklanan varyans %4 ile 43 arasında değiştiğinden, ilişkinin gücü kişilik özelliğine ve ölçülen yaşam kalitesi alanına bağlı olarak kişiliğin yaşam kalitesi üzerine düşük ile orta düzeyde bir etkisi olduğu belirtilmiştir (122). Eysenck tarafından önerilen süper 3 faktör kişilik modelini temel alan araştırmalardan birisinde, İzci ve arkadaşları tarafından meme kanserli kadınlarda nörotik kişilik skoru ile yaşam kalitesi alt alanı skorları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (123). Aynı çalışmada, nörotik kişilik skoru ile anksiyete,

depresyon ve umutsuzluk skorları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (123).

Çalışmamızda kişilik tipinin meme kanseri tanısı olan kadınlarda yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığını saptadık. Buna karşın çalışmamızda A tipi kişilik ile halsizlik, uyku bozukluğu ve maddi zorluk arasında orta- yüksek derecede pozitif yönde bir ilişki olduğunu gözlemledik. Pandemi koşullarında hastalar ile olan yüz yüze görüşmelerin uzamasındaki sakıncalar ve daha ayrıntılı kişilik özelliklerinin belirlenmesinin analizi karmaşık hale getirebileceği düşüncesiyle tip A ve tip B davranış özellikleri üzerinden bu araştırmayı tamamladık. Farklı davranış özelliklerinin sonuçları etkileyebileceği de göz önüne alındığında, çalışmamızdaki katılımcı sayısı ile birlikte sadece tip A ve tip B kişilik tipi üzerinden elde edilen sonuçlar nedeniyle çalışmamızın kısıtlı olabileceğini düşündük.

İnsanların stres ile karşı karşıya kalmaları durumunda verdikleri tepkilerin kişilik özellikleri ile ilişkili olarak farklılık gösterebileceği bildirilmiştir (64,66). Aynı şekilde bireylerin strese karşı başa çıkarken farklılaştırdıkları diğer bir durum ise benlik saygısı ve öz yeterlilikleridir. Benlik saygısının hastalıklara karşı ve özellikle kanserde hem yaşam kalitesini hem de hastalık ile başa çıkmayı önemli derecede etkilediği bildirilmiştir (64,66). Nitekim, kansere uyum veya psikososyal uyum, insanların acılarıyla başa çıkmaya, belirli sorunları çözmeye ve hastalığın tetiklediği olayları kontrol altına almaya çalıştığı bir süreç olarak tanımlanabilir (64-66). Düşük benlik saygısına sahip bireylerin kendileri için olumlu duygulara sahip olmadıkları belirtilmiştir (65). Kendileri için olumlu duyguların olmaması ise bireylerin başkalarıyla olan ilişkilerinde ve ileriye dönük hedeflere ilişkin performanslarında oldukça etkili bir faktör olarak görünmektedir (64-66).

Kanser tanısı alan bireyler kanser tedavisi ile ilgili olarak, fiziksel görünümlerinde değişiklikler, rutin sosyal aktivitelerde düşüşler, toplumsal damgalanma süreci, tedavilerin özellikle uzun süreli yan etkilerinden müzdariplik, kanserin nüks etme korkusu ve tedaviden sonra yeniden adaptasyon zorluğu gibi sorunlar yaşayabilirler (65). Bu hastalar, özellikle meme ve jinekolojik kanseri olan kadın hastalar başta olmak üzere beden imajına ilişkin algıları deneyimlemek zorunda kaldıkları bu yeni yaşam koşuluna uyumu gerektirdiğinde, benlik

saygılarında değişiklikler de yaşayabilecekleri psikosozal sorunlar arasında sayılır (64-66) Aslında genel olarak bakıldığında, bireylerin sahip oldukları yetenek ve değerler ile ilgili onaylanma tutumlarını teşvik etmekten sorumlu olarak görülen benlik saygısı aynı zamanda özyeterlilik yani kendilerine güven düzeyiyle de ilişkili olduğundan bireylerin benlik saygısının duygusal durumlarından da etkilenebildiği belirtilmiştir (64-66)

Benlik saygısının tanımı, Rosenberg tarafından 1965 yılında hoşgörünün, kabulün ve kendinden kişisel tatminin bir göstergesi şeklinde yapılmıştır ve bireyin kendisine atadığı niteliklerin duygusal olarak değerlendirilmesinden kaynaklandığı bildirilmiştir (66). Sonrasında yapılan tanımlamalar ile benlik saygısının bireylerde yaşamın çeşitli alanlarındaki kendini algılamalarından ve bu alanlara verdiği önemden kaynaklandığı (eksel yaklaşım), gelecek ile ilişkili bireysel idealler (interpersonel yaklaşım) veya başkaları tarafından nasıl algılandığının düşünülmesi (kişilerarası yaklaşım) ile de değişiklik gösterebildiği vurgulanmıştır (64,65).

Kanser tanısı ile yüzleşmede zaman içerisinde bireylerin yaşadıkları psikosozal süreçler doğrultusunda benlik saygılarını artırdıkları gösterilmiştir. Hastaların %19,9'unu meme kanseri tanısı olanların oluşturduğu farklı kanser tiplerine sahip kemoterapi gören toplam 156 hastada (%51.9 erkek) yapılan bir araştırmada, katılımcıların %70,5'inin yüksek benlik saygısına sahip olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada orta benlik saygısına sahip hastaların oranı %28,2 iken, düşük benlik saygısına sahiplerin oranı ise %1,3 idi (124). Diğer bir çalışmada, Abbasian ve arkadaşları %30'unu meme kanseri oluşturan farklı kanser tiplerindeki kemoterapi gören hastalarda orta benlik saygısı oranını %88,8 ve düşük benlik saygısı oranını %11.2 olarak bildirmişlerken, yüksek benlik saygısına sahip hiç hasta olmadığını belirtmişlerdir (125). Bizim çalışmamızda, meme kanseri tanısı olan 154 hastanın %93'ünde yüksek benlik saygısı olduğunu saptadık. Metastaz varlığının benlik saygısı derecesinde anlamlı bir fark oluşturmadığını belirledik.

Leite ve arkadaşlarının çalışmasında, %19,9'unu meme kanserinin oluşturduğu farklı kanser tiplerindeki toplam 156 erkek ve kadın hastada yüksek benlik saygısı oranına rağmen, cinsiyet ($p=0,172$), yaş ($0,549$), kanser tipi ($p=0,432$), kanserin evresi ($p=0,839$), kanser tanısından sonra geçen süre ($p=0,853$) ve süregelen

kanser tedavisi ($p=0,457$) başta olmak üzere çalışma değişkenleri ile benlik saygısı derecesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (124). Aynı şekilde eğitim durumu, medeni durum, ekonomik düzey, meslek, manevi yönelim, kronik hastalık varlığı ve fiziksel egzersiz ile de herhangi bir ilişki saptanmadığı raporlanmıştır (124). Buna karşın kanser tipleri ve evresi belirtilmemiş olan toplam 953 kemoterapi gören hastanın dahil edildiği bir Malezya çalışmasında ise, yaş, cinsiyet, medeni durum, aile üyeleri birlikte yaşama, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir, kanser evresi, kemoterapi döngüsü, ağrı nedeniyle kemoterapi, anksiyete, depresyon, bulantı, kusma, anemi, saç dökülmesi, cilt ve tırnak değişiklikleri, fiziksel sağlık alanı, psikolojik sağlık alanı, sosyal ilişki etki alanı ve genel yaşam kalitesi ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki kurulduğu (sıralanan tüm değişkenler için $p<0,05$) bildirilmiştir (126). Bu değişkenlerden oluşturulan model ile yapılan regresyon analizi sonucunda benlik saygısına yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, anksiyete, depresyon, bulantı, anemi, saç dökülmesi, cilt ve tırnak değişiklikleri, genel yaşam kalitesi ve psikolojik sağlık alanının bağımsız etkili faktörler olduğu belirtilmiştir (126). Korede yapılan bir araştırmada ise evre I-III meme kanserine sahip toplam 214 hastada, benlik saygısının algılanan sağlık durumu, dini inançlar, ekonomik durum, aile desteği ve yorgunluktan doğrudan etkilendiği bildirilmiştir (127). Kullanılan ölçeklerin ve çalışma hedefinin farklı olmasına karşın bizim çalışmamızda benlik saygısının yaşam kalitesi ve semptom durumu ile ilgili analizleri haricindeki diğer tüm demografik ve klinik özellikler ile anlamlı bir ilişki göstermediğini tespit ettik. Sadece oluşturulan modele uygun şekilde yapılan regresyon analizinde, tanı anındaki ileri yaş varlığının yüksek benlik saygısı ile doğrudan etkileştiğini saptadık.

Özellikle düşük-orta benlik saygısının, sadece anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlar ile değil aynı zamanda fiziksel semptomların yüksek sıklığı ve yoğunluğu ile de ilişkili olduğu belirtilmiştir (126,127). Ateş ve arkadaşlarının tamoksifen ya da aromataz inhibitörü ile adjuvant tedavileri devam eden toplam 104 erken evre meme kanseri tanısı olan kadında emosyonel stres ile ilişkili faktörleri değerlendirmek üzere yaptıkları bir çalışmada algılanan sosyal destek ($r = -0.32$, $p < 0.01$) ve benlik saygısı ($r = -0.35$, $p < 0.01$) ile emosyonel stres arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bildirilmiştir (128).

Biz de çalışmamızda benlik saygısı derecesi ile semptom sıklığı ve yoğunluğu arasında anlamlı bir ilişki saptadık. Yüksek benlik skoruna sahip olan meme kaserli kadınların daha az sıklıkta ve derecede semptom deneyimlediklerini belirledik. Bu yaşam kalitesi yüksek olan kadınların grubunu da temsil ettiği için literatür bilgileri uyumlu olduğu kanısına vardık.

Çalışmalar, kanser tanısı olan bireylerde, süreç içerisinde geliştirdikleri başa çıkma yöntemleri ile kansere uyum sağlayabildiklerini göstermiştir. Bu başa çıkma yöntemleri ile benlik saygısı düzeyi arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (128). Mingorance ve arkadaşları da meme kanseri tanısı olan hastalarda tanıdan sonraki süreçte olumlu yeniden çerçeveleme, duygusal destek kullanımı, aktif başa çıkma, kabul etme ve planlama gibi uyarlanabilir uyum yöntemleri geliştirmeleri ile sahip oldukları yüksek benlik saygısı arasında önemli bir ilişki olduğunu vurgulamıştır (129).

House ve arkadaşları tarafından 1982 yılında yayınlanan, 2754 kadın ve erkek yetişkinin dahil edildiği bir kohortta, bireyler tarafından bildirilen sosyal ilişkiler ve faaliyetlerin sonraki dokuz ila 12 yıl boyunca ölüm oranı ile olası ilişkisi incelenmiştir (130). Yapılan analiz sonrasında 1967-1969'da daha yüksek düzeyde sosyal ilişki ve aktivite bildiren erkeklerin takip döneminde ölme olasılığı önemli ölçüde daha azaldığı bildirilmiştir. Bu sonucun kadınlar için de benzer eğilim gösterdiği ancak yaş ve diğer risk faktörlerin düzeltilmesi durumunda istatistiksel anlamlılığa erişmediği belirtilmiştir (130). Bloom tarafından 1982 yılında yapılan bir çalışmada, meme kanseri tanısı olan 130 kadının ailesel bağıllık algısı ve sosyal temas miktarının benlik saygısı üzerine etkili ve ayrıca stres ile başa çıkmada önemli bir uyum yönelimi olduğu gösterilmiştir (131). Sosyal faaliyetlerin ve hobilerin mortalitedeyi nasıl ve ne düzeyde etkilediğine dair bu iki araştırmanın sonrasında cerrahi tedavisi yapılan meme kanseri tanılı kadınlarda hobilerin prognostik özelliğinin araştırıldığı bir araştırma Tominaga ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yayınlandı (132). Bu çalışmada, hobisi olan hastaların hobisi olmayanlara göre daha uzun yaşadığı ve yaş, hastalık evresi ve tedavi edilebilirlik özelliklerindeki düzeltmelerden sonra hobi sayısı arttıkça ölüm riskinin azaldığı bildirilmiştir. Resim yapmak, haiku şiirleri bestelemek, dans etmek, bahçeyi güzel tutmak gibi hobiler

hastalara yaşama gücü verebilir ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine uygun olarak hastalığa bağlı stresi azaltabilir (132). Ayrıca hobiler aracılığıyla kurulan ilişki ağları, sosyal temas için fırsatlar sunabilir, yalnızlık ve izolasyon duygularını azaltabilir. Bu konuda House ve arkadaşları, bir boş zaman etkinliği veya ilişkisinin yararlı etkileri olması için, bireyin daha fazla aktif çaba göstermesini ve diğer insanlarla bir miktar teması içermesi gerektiğini öne sürmüştür (130).

Biz çalışmamızda hobi edinmiş olan meme kanseri tanısı olan kadınlarda benlik saygısı derecesinin artmış olduğunu ve bunun yaşam kalitesi üzerine oldukça önemli bir etkisi olduğunu saptadık. Sosyal aktif iletişim sağlayan hobilerin sadece benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine olan bağımsız etkisini değil aynı zamanda A tipi kişilik özelliğini de bağımsız bir şekilde belirlediği kanısına vardık. Benzer şekilde A tipi kişilik özellik yapısının daha fazla sayıda hobi tercihi ile ilgili olduğunu da saptadık. Benlik saygısı ve yaşam kalitesi ile ilgili bulgularımız literatür bilgileri ile uyumlu idi. Kişilik tipi ile ilgili sonucumuz ise literatürde bildiğimiz bu konuda tek ilişki gösterebilecen bulgulardı. Burada hareketli, yerinde duramayan, aceleci davranış biçimi sergileyen A tipi kişilik özelliğinin daha aktif ve sosyal iletişim sağlayan hobilere yönelimde etkin olabileceği kanısına vardık. Ayrıca meme kanseri tanısı olan kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasında hobi varlığı ve kişilik tipi bakımından fark olmasa da, hastaların sağlıklı kontrollere göre daha sosyal aktif iletişim içeren hobilere yönelim göstermesi stresle başa çıkma yöntemi olarak hobiye kişiliklerine göre edinmiş olabileceklerini düşündürdü. Kontrol grubunun hasta grubuna oranla daha genç olmasına karşın daha fazla aktif çalışıyor olmaları nedeni ile bireysel zaman geçirdikleri hobilere yönelmiş olabilecekleri kanısına varıldı.

YEDİNCİ BÖLÜM

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızda meme kanseri tanısı olan kadınların kişilik tipinin, benlik saygısı derecesi ve yaşam kalitesi üzerine bir etkisinin olmadığını saptadık. Ancak benlik saygısı ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğunu da göstermiş olduk. Çalışma sonrasında en önemli çıkarımın meme kanseri tanılı kadınların kanser ve stres ile başa çıkma yöntemi olarak bir hobi edinmiş oldukları idi. Bu yönelimin benlik saygısını olumlu olarak etkilediği ve aynı zamanda yaşam kalitesini de önemli oranda artırdığını saptadık.

Çalışmamızın bazı noktalarda sınırlılık içermesi nedeni ile sonuçlarımızın tartışılabilir olabileceği düşüncesindeyiz. Çalışmayı kısıtlayan nedenlerin ilkinin hem çalışma grubunda yer alan meme kanseri tanılı kadınların hem de kontrol grubundaki sağlıklı kadınların sayısının göreceli olarak düşük olmasıdır. Bu sınırlı durumun çalışmanın pandeminin farklı dalgalanma süreçlerinde yapılmış olması nedeni ile hedeflenen hasta sayısına ve yüz yüze görüşme olanaklarına ulaşılamaması nedeni ile olduğu düşünülebilir. Diğer bir sınırlandıran faktör kontrol grubundaki sağlıklı kadınların demografik özellik yönünden bire bir çalışma grubu ile eşleşememiş olmasıdır. Bunun ana nedeni de yine pandemi sürecindeki farklı dalgalanma zamanlarında hem COVID-19 ilişkili semptomlar, hem yaşamdaki sınırlandırmalar ve hem de yüz yüze görüşme olanaklarındaki azalmalar nedeni ile sağlıklı gönüllülere kısıtlı oranda ulaşılmış olmasıdır.

Çalışmayı sınırlandıran ikinci önemli durum meme kanseri tanısı olan bir grupta çalışma yapılmış olmasına karşın meme kanserinin moleküler heterojenitesine ek olarak hastalığın evresine göre de klinik ve psikososyal farklılıklar içerebildiği düşüncesi ile hem metastatik hem de metastatik olmayan hastaların çalışmaya dahil edilmesi idi. Ancak çalışmanın bu şekilde dizayn edilmiş olması kişilik tipinin kanserin evresi ile bir ilişki gösterip göstermediğinin ve bunun benlik saygısına olan olası etkisinin gösterilmek istenmesiydi. Bu nedenle görece olarak hasta sayısının az olması haricinde bu şekli ile de literatüre katkı sağlayacağı kanısına varıldı.

Çalışmaya sınırlandıran diğer bir etken kişilik tipi belirlerken kullandığımız ölçeğin kişilik özelliklerinin detaylandırılmasına izin vermiyor oluşu olabilir. Ancak kişilik tiplerinin farklı ölçekler ile ayrıntılı tabakalandırılması durumunun hasta sayısı için gerekli yeterliliği sağlayamayabileceğini düşündük. Bunun yanı sıra kanser tedavisi süren hastalar da hedef kitle olarak seçildiğinden, bazı kişilik özelliklerinin kanser tanısı sonrasında ve tedavi süreci esnasında değişiklik gösterip göstermediğinin ayırt edilmesinde yaşanacak güçlüklerin çalışma sonucunu etkileyebileceğini varsaydık. Nitekim hem tip C hem tip D kişilik yapıları hem de beş büyük kişilik tipi modeli içerisindeki bazı kişilik özelliklerinin tanı sonrasında veya tedavi sürecinde edinilip edinilmediği hususunda yorum yapmak oldukça zor olacaktı. Bu nedenle daha temel bir kişilik tipi tayini yapmayı ve kişilik tipini daha çok stres ile ilişkilendirmeyi uygun gördük.

Sonuç olarak, meme kanseri tanısı olan kadınlarda kişilik tipinin benlik saygısını ve yaşam kalitesini anlamlı bir şekilde etkilemediğini tespit ettik. Burada kanser tanısı sonrasındaki süreçte bireylerin kişilik özelliklerinde de bir değişiklik olup olmadığının belirlenmesi oldukça önemli bir vurgu olabilir kanısındayız. Benlik saygısının yüksek olması başa çıkma yöntemi olarak değerlendirildiğinde, kanser tanısı almış kadınların süreç içerisinde kanser ile yaşama uyum sağlama bakımından psikolojik, sosyal ve kişilik özellikleri bakımından bir evrilme süreci deneyimleyebildikleri ön görülebilir. Yaşam kalitesi üzerine benlik saygısının önemli orandaki etkisi de kanser ile yaşamaya uyum bakımından diğer önemli bir gösterge olabilir. Tüm bu düşüncelerimizle bu çalışmanın daha fazla katılımcı içerecek şekilde ve farklı yaşam alanlarındaki toplumsal ve geleneksel bakış açılarını da irdelenecek şekilde yapılması kişilik tipi ve kanser arasındaki olası ilişkiyi, benlik saygısı derecesi ile edinmiş olunan başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi ve bu suretle kanser tanısı olan hastaların sosyal destek konusunda bireysel özelliklerine yönelik olarak ayrı ayrı irdelenmesi gerektiği kanılarına vardık.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022;72 (1):7-33.
2. Thronicke A, Kröz M, Merkle A, Matthes H, Herbstreit C, Schad F. Psychosocial, cognitive and physical impact of elaborate consultations and life review of female patients with non- metastasized breast cancer. *Complement Med Res* 2018; 25 (2): 92-101.
3. Tanrıverdi Ö, Çetin AO, Alkan A. Retrospective analysis of the effect of breast surgery on body posture in patients with early-stage breast cancer after cancer treatment (VENUS Study). *Turk J Med Sci* 2021; 51 (2): 483-489.
4. Chow PI, Shaffer KM, Lohman MC, LeBaron V, Fortuna KL, Ritterband LM. Examining the relationship between changes in personality and depression in older adult cancer survivors. *Aging Ment Health* 2020; 24 (8): 1237-1245.
5. Skorek M, Song AV, Dunham Y. Self-esteem as a mediator between personality traits and body esteem: Path analyses across gender and race/ethnicity. *PloS One* 2014; 9 (11): e112086.
6. Huang I, Lee JL, Ketheeswaran P, Jones CM, Revicki DA, Wu AW. Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PloS One* 2017; 12 (3): e0173806.
7. Mikkelsen HT, Haraldstad K, Helseth S, Skarstein S, Smastuen MC, Rohde G. Health-related quality of life is strongly associated with self-efficacy, self-esteem, loneliness, and stress in 14-15- year-old adolescents: a cross- sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2020; 18: 352.
8. Turhal NS, Demirhan S, Satıcı C, Cinar C, Kinar A. Personality traits in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14 (8): 4515- 4518.
9. Ciesla S, Wichtowski M, Pozniak- Balicka R, Murawa D. The surgical anatomy of the mammary gland (Part 1). General structure, embryogenesis, histology, the nipple-areolar complex, the fascia of the glandular tissue and the chest wall. *Nowotwory J Oncol* 2020; 70 (5): 211-219.
10. Stone K, Wheeler A. A review of anatomy, physiology, and benign pathology of the nipple. *Ann Surg Oncol* 2015; 22: 3236-3240.
11. Harigopal M, Singh K. Breast development and morphology. (Available at: [https://www.uptodate.com/contents/breast-development-and-morphology?search=Breast %20 development%20and%20morphology&source](https://www.uptodate.com/contents/breast-development-and-morphology?search=Breast%20development%20and%20morphology&source)) (Son erişim tarihi: 6 Temmuz 2022).
12. Rosen PP. Anatomy and physiological morphology. In: Rosen's Breast Pathology, 3rd ed, Rosen PP (Ed), Lippincott Williams & Wilkins (Wolters Kluwer), 2009.

13. Rosen PP. Abnormalities of mammary growth and development. In: Rosen's Breast Pathology, 3rd ed, Rosen PP (Ed), Lippincott Williams & Wilkins (Wolters Kluwer), 2009.
14. Estourgie SH, Nieweg OE, Olmos RAV, Rutgers EJTh, Kroon BBR. Lymphatic drainage patterns from the breast. *Ann Surg* 2004; 239 (2): 232-237.
15. Macias H, Hinck L. Mammary gland development. *Wiley Interdiscip Rev Dep Biol* 2012; 1(4): 533-537.
16. Russo J, Rivera R, Russo IH. Influence of age and parity on the development of the human breast. *Breast Cancer Res Treat* 1992; 23:211.
17. Jhappan C, Geiser AG, Kordon EC, Bagheri D, Hennighausen L, Roberts AB, Smith GH, Merlino M. Targeting expression of a transforming growth factor beta 1 transgene to the pregnant mammary gland inhibits alveolar development and lactation. *EMBO J* 1993; 12:1835.
18. Lukasiewicz S, Czeczulewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanislawek A. Breast cancer- Epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies- an updated review. *Cancers (Basel)* 2021; 13(17): 4287.
19. Barnett GC, Shah M, Redman K, Easton DF, Ponder BAJ, Pharoah PDP. Risk facotrs for the incidence of breast cancer: Do they affect survival from the disease?. *J Clin Oncol* 2008; 26 (20): 3310-3316.
20. Chlebowski RT. Factors that modify breast cancer risk in women. (Available at: <https://www.uptodate.com/contents/factors-that-modify-breast-cancer-risk-in-women?source=nhistory>) (Son erişim tarihi: 6 Temmuz 2022).
21. Joe BN. Clinical features, diagnosis, and staging of newly diagnosed breast cancer. (Avaliable at: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-newly-diagnosed-breast-cancer?search=Breast%20implants&topicRef=14972&source=see_link) (Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2022).
22. Donegan WL. Evaluation of a palpable breast mass. *N Engl J Med* 1992; 327(13):937-42.
23. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? *JAMA* 1999 Oct 6;282 (13):1270-80.
24. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2016; 164:279.
25. Moore SG, Shenoy PJ, Fanucchi L, Tumeh JW, Flowers. Cost-effectiveness of MRI compared to mammography for breast cancer screening in a high risk population. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:9.
26. do Nascimento RG, Otoni KM. Histological and molecular classification of breast cancer: What do we know? *Mastology* 2020; 30: e20200024.

27. Bleiweiss IJ. Pathology of breast cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/pathology-of-breast-cancer>) (Son erişim tarihi: 05.07.2022).
28. Makki J. Diversity of breast carcinoma: Histopathological subtypes and clinical relevance. Clin Med Insights Pathol 2015; 8: 23-31.
29. AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual; 8th edition, 3rd printing, Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al (Eds), Springer, Chicago 2018. (Avaliable at: <https://link.springer.com/gp/book/9783319406176>) (Son erişim tarihi: 4 Temmuz 2022).
30. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, Meyer L, Gress DM, Byrd DR, Winchester DP. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population- based to a more “personalized” approach to cancer staging. CA Cancer J Clin 2017; 67(2): 93-99.
31. Burstein HJ. Tumor, node, metastasis (TNM) staging classification for breast cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/tumor-node-metastasis-tnm-staging-classi-fication-for-breast-cancer>) (Son erişim tarihi 4 Temmuz 2022).
32. Esserman LJ, Joe BN. Diagnostic evaluation of suspected breast cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-suspected-breast-cancer>) (Son erişim tarihi: 4 Temmuz 2022).
33. Barlow WE, Lehman CD, Zheng Y, Ballard-Barbash R, Yankaskas BC, Cutter GR, Carney PA, Geller BM, Rosenberg R, Kerlikowske K, Weaver DL, Taplin SH. Performance of diagnostic mammography for women with signs or symptoms of breast cancer. J Natl Cancer Inst 2002; 94(15):1151.
34. Comstock CE, Gatsonis C, Newstead GM, Snyder BS, Gareen IF, Bergin JT, Rahbar H, Sung JS, Jacobs C, Harvey JA, Nicholson MH, Ward RC, Holt J, Prather A, Miller KD, Schnall MD, Kuhl CK. Comparison of abbreviated breast MRI vs digital breast tomosynthesis for breast cancer detection among women with dense breasts undergoing screening. JAMA 2020; 323(8):746.
35. Zonderland HM, Coerkamp EG, Van de Vijver M, van Voorthuisen AE. Diagnosis of breast cancer: Contribution of US as an adjunct to mammography. Radiology 1999; 213:413-422.
36. Obenauer S, Hermann KP, Grabbe E. Applications and literature review of the BI-RADS classification. Eur Radiol 2005; 15: 1027-1036.
37. Suma C. Stereotactic breast biopsy: A review and applicability in the Indian context. Indian J Med Res 2021; 154 (2): 237-247.
38. Joe BN, Esserman LJ. Breast biopsy. (Avaliable at: https://www.uptodate.com/contents/breast-biopsy?topicRef=768&source=see_link) (Son erişim tarihi 4 Temmuz 2022).
39. Phung MT, Tin ST, Elwood JM. Prognostic models for breast cancer: A systematic review. BMC Cancer 2019; 19: 230.
40. Carter CL, Allen C, Henson DE. Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases. Cancer 1989;63:181–187.

41. Parise CA, Bauer KR, Brown MM, Caggiano V. Breast cancer subtypes as defined by the estrogen receptor (ER), progesterone receptor (PR), and the human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) among women with invasive breast cancer in California, 1999-2004. *Breast J* 2009; 15:593.
42. Foukakis T, Bergh J. Prognostic and predictive factors in early, non- metastatic breast cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/prognostic-and-predictive-factors-in-early-non-metastatic-breast-cancer>) (Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2022).
43. Chia S. Prognostic and predictive factors in metastatic breast cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/prognostic-and-predictive-factors-in-metastatic-breast-cancer>) (Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2022).
44. Toth BA, Lappert P. Modified skin incisions for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning. *Plast Reconstr Surg* 1991; 87:1048.
45. Taghian A, Merajver SD. Overview of the treatment of newly diagnosed, invasive, non- metastatic breast cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-newly-diagnosed-invasive-non-metastatic-breast-cancer>) (Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2022).
46. Munhoz AM, Montag E, Filassi JR, Gemperli R. Immediate nipple-areola-sparing mastectomy reconstruction: An update on oncological and reconstruction techniques. *World J Clin Oncol* 2014; 5:478
47. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, Darby S, McGale P, Correa C, Taylor C, Arriagada R, Clarke M, Cutter D, Davies C, Ewertz M, Godwin J, Gray R, Pierce L, Whelan T, Wang Y, Peto R. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet* 2011; 378(9804):1707-16.
48. Baildam AD. Skin-sparing mastectomy. *Eur J Cancer* 2011; 47 (Suppl 3): S342
49. Sharma P. Overview of the approach to metastatic breast cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-approach-to-metastatic-breast-cancer>) (Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2022).
50. Yung RL, Davidson NE. Optimal adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *Lancet Oncol* 2021; 22 (10): P1357-P1358.
51. Patel B. A review of breast cancer and hormonal therapy. *Int J Pharmaceut Sci Res* 2019; 7: 519-527.
52. Colditz GA, Wolin KY, Gehlert S. Applying what we know to accelerate cancer prevention. *Sci Transl Med.* 2012;4(127):127rv4.
53. Isaacs C, Peshkin BN. Cancer risks and management of BRCA1/2 carriers without cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/cancer-risks-and-management-of-brca1-2-carriers-without-cancer>) (Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2022).
54. Ren W, Chen M, Qiao Y, Zhao F. Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review. *The Breast* 2022; 64: 85-99.

55. Elmore JG, Lee CI. Screening for breast cancer: Strategies and recommendations. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-breast-cancer-strategies-and-recommendations>) (Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2022).
56. Loomans-Kropp HA, Umar A. Cancer prevention and screening: the next step in the era of precision medicine. *npj Precision Onc* 2019; 3: 3.
57. Özkan S. Psiko-onkoloji. Birinci Baskı. Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2007. pp.1-208.
58. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2014; 28 (2): 85-92.
59. Rivest J, Levenson J. Clinical features and diagnosis of psychiatric disorders in patients with cancer: Overview. (Avaliable at: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer-overview?topicRef=4853&source=see_link) (Son erişim tarihi: 4 Temmuz 2022).
60. Van Beek FE, Wijnhoven LMA, Holtmaat K, Custers JAE, Prins JB, Verdonck-de Leeuw IM, Jansen F. Psychological problems among cancer patients in relation to healthcare and societal costs: A systematic review. *Psychooncol* 2021; 30(11): 1801-1835.
61. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012; 21(3): 189-219.
62. Roy-Byrne PP. Management of psychiatric disorders in patients with cancer. (Avaliable at: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer>) (Son erişim tarihi: 4 Temmuz 2022).
63. Kübler-Ross E, Kessler D. On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. 2005. New York, NY: Scribner.
64. Orth U. The development of self-esteem. *Curr Direct Psychol Sci* 2014; 23(5): 381-387.
65. Katz MR, Rodin G, Devins GM. Self-esteem and cancer: Theory and research. *Canadian J Psychiatr* 1995; 40(10): 608-615.
66. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale (RSE): Acceptance and commitment therapy. *Measur Pack* 1965; 61: 52.
67. Rosenberg M. Society and adolescent self-image. 1965. Princeton, NJ: Princeton University Press.
68. Rosenberg, M. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) [Database record]. 1965; APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
69. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, ss. 1-50, 1986.
70. Yanbastı G. Kişilik Kuramları. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, İzmir : 9, 1990.

71. Kumaranayake AR. Review of the current status of the studies on personality traits. *Int J Appl Res* 2017; 3(11): 38-45.
72. Durna U. Stres, A ve B tipi kişilik yapısı ve bunlar arasındaki ilişki üzerine bir araştırma CBU İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 2004; 11 (1): 191-206.
73. McLeod SA. Type A personality. (Avaliable at: https://www.simplypsychology.org/_personality-a.html) (Son erişim tarihi: 3 Temmuz 2022).
74. Friedman M, Rosenman R. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J Am Med Assoc* 1959; 169(12): 1286-1296.
75. Rosenman RH, Brand RJ, Sholtz RI, Friedman M. Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in Western Collaborative Group Study. *Am J Cardiol* 1976; 37(6): 903-910.
76. Ragland D, Brand R. Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *N Engl J Med* 1988; 388(2): 65-69.
77. Johnston DW. The current status of coronary prone behavior pattern. *Royal Soc Med* 1993; 86(7): 406.
78. Eysenck HJ. Type A behavior and coronary heart disease: The third stage. *J Soc Behav Personal* 1990; 5: 25-44.
79. Turhal NS, Demirhan S, Satici C, Çınar C, Kinar A. Personality traits in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14 (8): 4515-4518.
80. Priestman TJ, Priestman SG, Bradshano C. Stress and breast cancer. *British J Cancer*. 1985; 51: 493-498.
81. Jenkins CD, Rosenman RH, Friedman M. Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *J Chronic Dis* 1967; 20(6): 371-379.
82. Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study, III: eight-year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980; 111: 37-58.
83. Bortner RW. A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *J Chronic Dis* 1966; 22: 87-91.
84. Powell LH. Issues in the measurement of the Type A behaviour pattern. *Research Methods in Stress and Health Psychology*, SV Kasl, CK Cooper (Ed), England. John Wiley and Sons Ltd., s. 231-282, 1995.
85. Batıgün AD, Şahin NH. Type- A personality and job satisfaction: Two scales for job stress and health psychology research. *Turk J Psychiatry* 2006; 17(1): 1-13.
86. Aktaş A.M. Bir Kamu Kuruluşunun üst düzey yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi* 2001; 8 (56):26-42.
87. Erdoğan Ç, Zengin B. Turizm lisans öğrencilerinin A ve B tipi kişilik özelliklerine göre mesleki yönelimlerinin belirlenmesi: Sakarya Üniversitesi Örneği. 11. Geleneksel Turizm Sempozyumu. 2012. 16 Nisan 2012, Sakarya.

88. Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care, Amsterdam, Kluwer, 1994; 19-34.
89. Long PH. On the Quantity and Quality of Life. Med Times 1960; 88: 613-619.
90. WHOQOL: Measuring quality of life. (Avaliable at: <https://www.who.int/tools/whoqol>) (Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2022).
91. Gerharz EW, Emberton M. Quality of life research in urology. World J Urol 1999; 17: 191- 192.
92. Bowling A. Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales. Second edition. Buckingham, Open University Press, 1998.
93. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care I: Applications and issues in assessment. BMJ 1992; 305(6861): 1074-1077.
94. Browne JP. Health-related quality-of-life studies in urology: conceptual and methodological considerations. World J Urol 1999; 17: 193-198.
95. Haraldstat K, Wahl A, Andenaes R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, Borge CR, Engebretsen E, Eisemann M, Halvorsrud L, Hanssen TA, Haugtvedt A, Haugland T, Johansen VA, Larsen MH, Lovereide L, Loyland B, Kvarme LG, Moons P, Norekval TM, Ribu L, Rohde GE, Urstad KH, Helseth S, LIVSFORSK Network. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res 2019; 28(10): 2641-2650.
96. Huang M, Wang R, Wang H. Effect of life review on quality of life in terminal patients: A systematic review and meta-analysis. J Nurs Res 2020; 28(2): e83.
97. Krantz E, Wide U, Trimpou P, Bryman I, Landin-Wilhelmsen K. Comparison between different instruments for measuring health- related quality of life in a population sample, the WHO MONICA Project, Gothenburg, Sweden: An observational, cross-sectional study. BMJ Open 2019; 9: e024454.
98. Luckett T, King MT, Butow PN, Oguchi M, Rankin N, Price MA, Hackl NA, Heading G. Choosing between the EORTC QOL-C30 and FACT- G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations. Ann Oncol 2011; 22(10): 2179-2190.
99. EORTC QLQ- C30= Scoring Manual. Third edition, 2001, Belgium. (<https://www.eortc.org/-/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>). (Son erişim tarihi: 05.07.2022).
100. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7: 47-58.
101. Yıldız G, Özsoy E. Çalışanların klinik özelliğine göre iş doyumu farklılaşır mı? Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi 2013; 5(1): 268-278.
102. Tukuş L. The Self-Esteem Rating Scale- Short Form (Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği- Kısa Formu) Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Tıp Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2010, Kocaeli.

103. Fiske DW. Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *J Abnorm Soc Psychol* 1949; 44(3):329–344
104. Norman WT. 2800 personality trait descriptors: Normative operating characteristics for a university population. Ann Arbor: Department of Psychology, University of Michigan. 1967.
105. Smith GM. Usefulness of peer ratings of personality in educational research. *Educ Psychol Measur* 1967; 27: 967-984
106. Goldberg LR. The structure of phenotypic personality traits. *Am Psychol* 1993; 48 (1): 26–34
107. McCrae RR, Costa PTJr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Personal Soc Psychol* 1987; 52: 81-90.
108. Eysenck H. The biological basis of personality. 1967. Springfield: Charles C. Thomas.
109. Lemogne C, Consoli SM, Geoffroy- Perez B, Coeuret- Pellicer M, Nabi H, Melchior M, Limosin F, Zins M, Ducimetiere P, Goldberg M, Cordier S. Personality and the risk of cancer: a 16-year follow-up study of the GAZEL cohort. *Psychosom Med* 2013; 75(3): 262-271.
110. Kissen D, Eysenck HJ. Personality in male lung cancer. *J Psychosom Res* 1962; 6(2): 123-127.
111. Temoshok L, Heller BW, Sagebiel RW, Blois MS, Sweet DM, Diclemente RJ, Gold ML. The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *J Psychosom Res* 1985; 29: 139-154.
112. Temoshok L. Personality, coping style, emotion, and cancer: towards on integrative model. *Cancer Surv* 1987; 6: 545-567.
113. Eskelinen M, Ollonen P. Assessment of “Cancer-prone personality” characteristics in healthy study subjects an in patients with breast disease and breast cancer using the commitment questionnaire: A psospective case-control study in Finland. *Anticancer Res* 2011; 31(11): 4013-4017.
114. Dahl AA. Link between personality and cancer. *Future Oncol* 2010; 6(5): 691-707.
115. Oerlemans MEJ, van der Akker M, Schuurman AG, Kellen E, Buntinx F. A meta-analysis on depression and subsequent cancer risk.
116. Friedman HS. Long-term relations of personality and health: dynamisms, mechanisms, tropisms. *J Pers* 2000; 68(6): 1089-1107.
117. Jokela M, Batty GD, Hintsa T, Elovainio M, Hakulinen C, Kivimaki M. Is personality associated with cancer incidence and mortality? An individual-participant-meta-analysis of 2156 incident cancer cases among 42,843 men and women. *Br J Cancer* 2014; 110(7): 1820-1824.
118. Hartl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, et al. Personality traits and psychosocial stress. Quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological approach factors. *Psychooncol* 2010. 19: 160-169.

119. de Mol M,, Visser S, Aerts J, Lodder P, van Walree N, Belderbos H, den Oudsten B. The association of depressive symptoms, personality traits, and sociodemographic factors with health-related quality of life and quality of life in patients with advanced-stage lung cancer: an observational multi-center cohort study. *BMC Cancer* 2020; 20: 431.
120. Shun S, Hsiao F, Lai Y, Liang J, Yeh K, Huang J. Personality trait and quality of life in colorectal cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2011; 38: 3.
121. Honorato NP, Abumusse LVdM, Coqueiro DP, Citero VdA. Personality traits, anger and psychiatric symptoms related to quality of life in patients with newly diagnosed digestive system cancer. *Arq Gastroenterol* 2017; 54(2): 156- 162.
122. Wintraecken VM, Vulik S, de Wild S, Dirksen C, Koppert LB, de Vries J, Smidt ML. A descriptive systematic review of the relationship between personality traits and quality of life of women with non-metastatic breast cancer. *BMC Cancer* 2022; 22: 426.
123. İzci F, Sarsanov D, Erdogan Zİ, İlğün AS, et al. Impact of personality traits, anxiety, depression and hopelessness levels on quality of life in the patients with breast cancer. *Eur J Breast Health* 2018; 14: 105-111.
- 124- Leite MAC, Nogueira DA, de Souza Terra F. Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23(6): 1082-1089.
125. Abbasian F, Kia N, Mirmohammadkhani M, Ghahremanfard F, Ghods E. Self-esteem and spiritual health in cancer patients under chemotherapy in Semnan University of Medical Sciences in 2014. *Health Spiritual Med Ethics* 2016; 3(4): 29-37.
126. Vidhya S, Sherina MS, Rampal L, Fadhilah SI, Ummavathy P. Self-esteem among cancer patients receiving chemotherapy in selected. *Med J Malaysia* 2019; 74(5): 405-412.
127. Tae YS, Heitkemper M, Kim MY. A path analysis: A model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope. *Oncol Nurs Forum* 2011; 39(1): E49-E57.
128. Ates O, Soylu C, Babacan T, Sarici F, Kertmen N, Allen D, Sever AR, Altundağ K. Assessment of psychosocial factors and distress in women having adjuvant endocrine therapy for breast cancer: the relationship among emotional distress and patient- and treatment- related factors. *Springerplus* 2016; 5: 486.
129. Joaquin-Mingorance M, Arbinaga F, Márquez JC, Bayo-Calero J. Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Ann Psychol* 2019; 35: 188–194.
130. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationship and activities with mortality: prospective evidence from the TECUMSEH community health study. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 123-140.
131. Bloom JR. Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1329-1338.

132. Tominaga K, Andow J, Koyama Y, Numao S, Kurokawa E, Ojima M, Nagai M. Family environment, hobbies and habits as psychosocial predictors of survival for surgically treated patients with breast cancer. *Japanese J Clin Oncol* 1998; 28(1): 36-41.

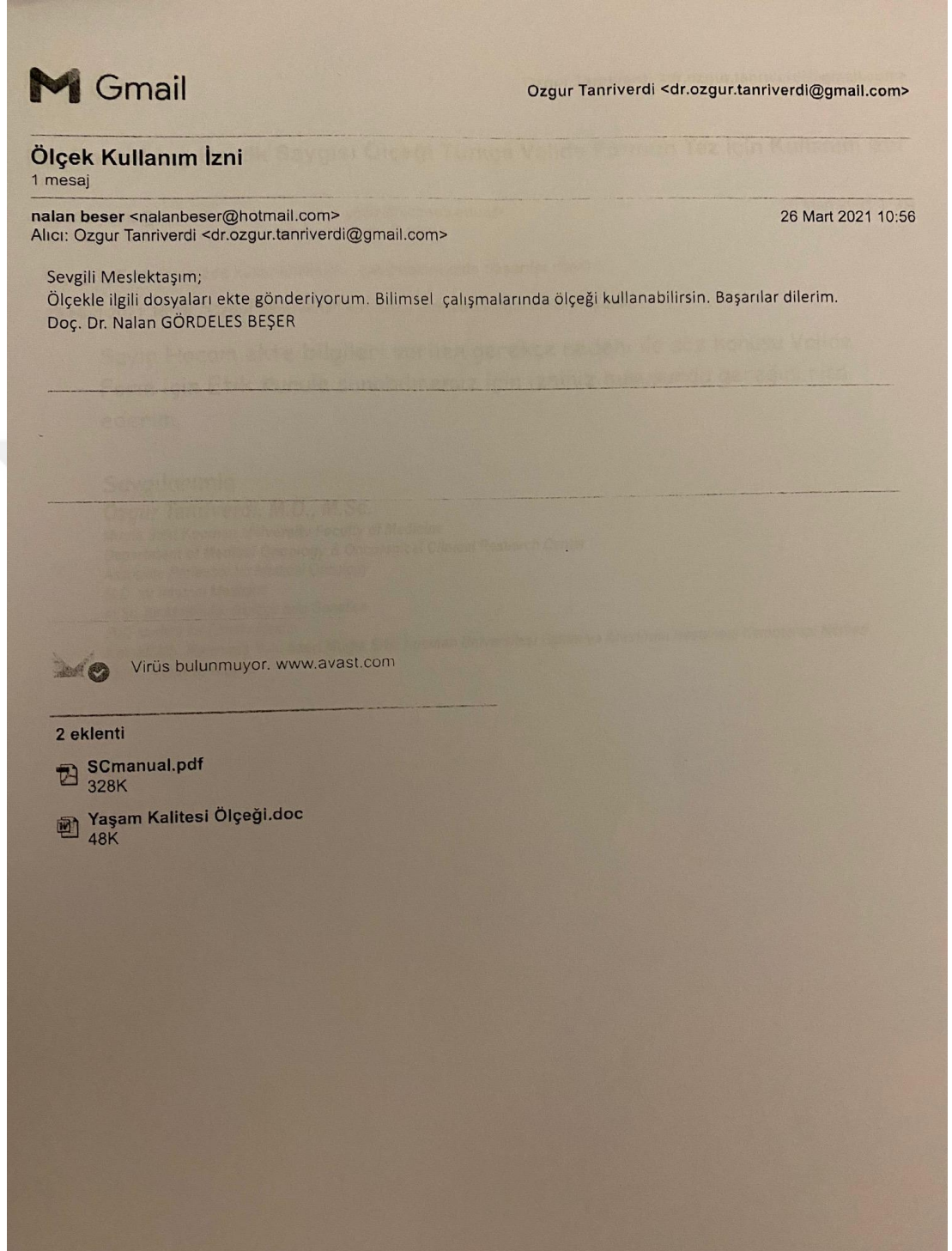


EKLER

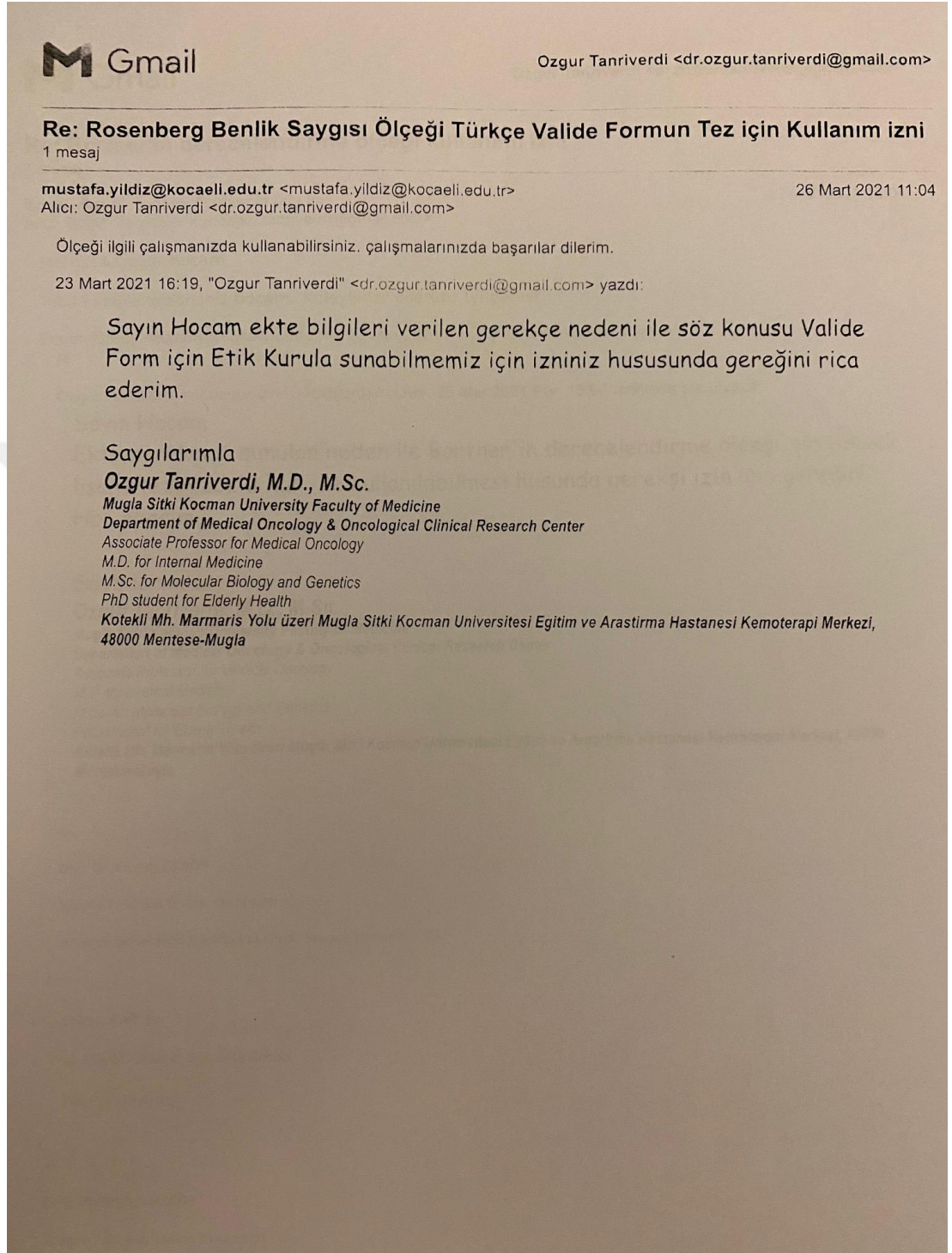
EK 1: Muğla Eğitim Araştırma Hastanesi'nden alınan tez çalışma izni

	T.C. MUĞLA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI MUĞLA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - MUĞLA EAH PERSONEL BİRİMİ 02/02/2021 15:31 - E-52777206 - 663.03 - 152  00134015190
Sayı : E-E-52777206-663.03 Konu : Tez Çalışmaları		
Doç.Dr.Özgür TANRIVERDİ Tıbbi Onkoloji ve İç Hastalıkları Uzmanı		
Meme Kanseri hastalarda kişilik tipinin özenlik ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi ve ilgili faktörleri simli uzmanlık test çalışmanızı Etik kurul kararı çıktıktan sonra yapmanız hususunda;		
Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.		
Doç.Dr.Turhan TOGAN Başhekim		
GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI ASLI İLE AYNI DİR		
02/02/2021		

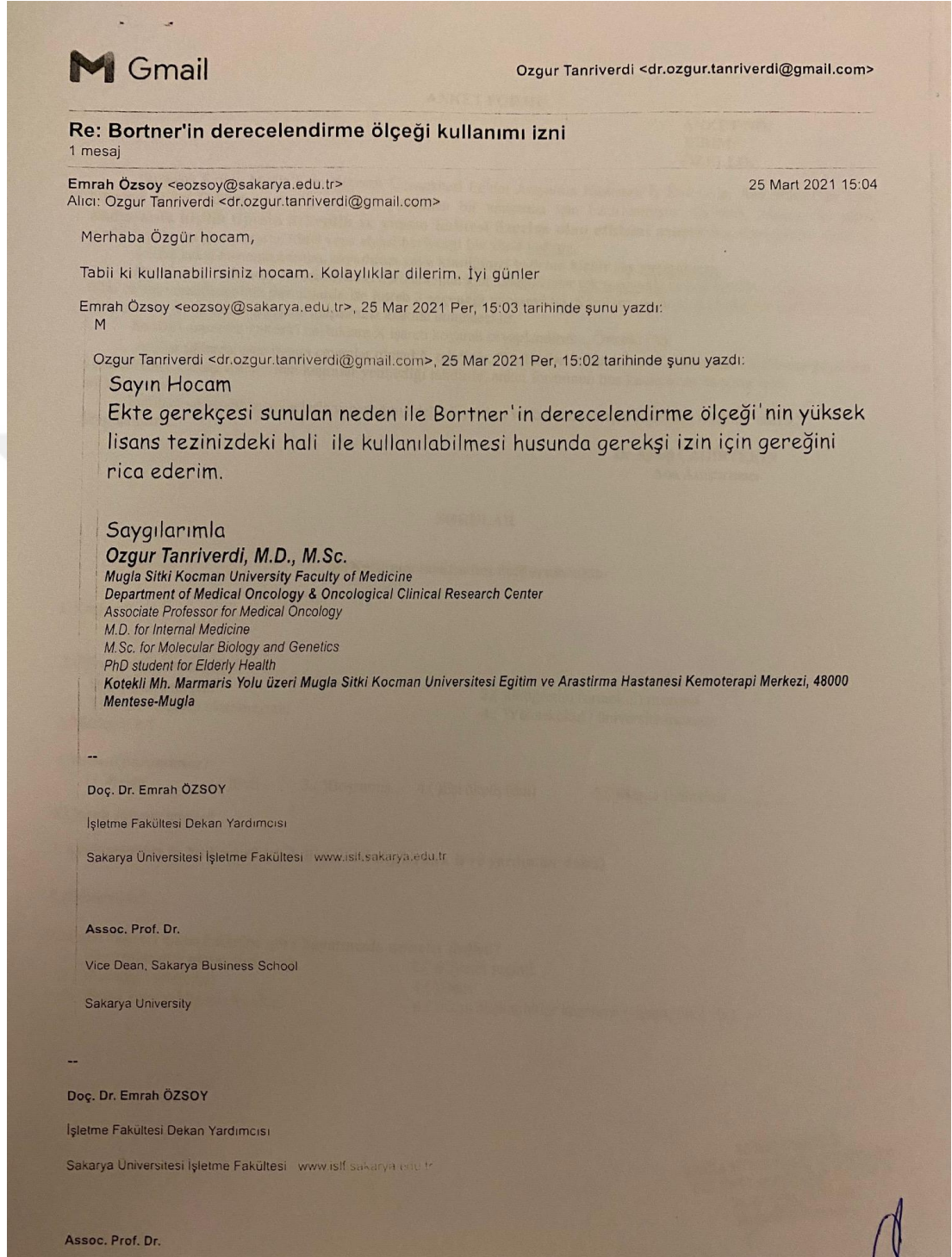
EK 2: Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Validasyonu Kullanma İzni



EK 3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Türkçe Valide Formun Kullanma İzni



EK 4: Bortner'in Derecelendirme Ölçeği Türkçe Validasyonu Kullanma İzni



EK 5: Anket Formu

ANKET FORMU

ANKET NO:

BİRİM:

ÖZELLİK:

Bu anket formu, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıklar Ana Bilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda uzmanlık tezi için yürütülen bir araştırma için hazırlanmıştır. Çalışma, **Meme kanserli kadınlarda kişilik tipinin özbenlik ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini** araştırma amaçındadır. Bilimsel nitelik taşıyan bu araştırmanın, idari veya sivası herhangi bir yönü yoktur.

Lütfen anket formuna adınızı, soyadınızı veya kimliğinizi belirten hiçbir şey yazmavınız.

Bu ankette, adet soru bulunmaktadır. Sorulara mümkün olduğu kadar tek seçenekte cevap vermeye çalışınız. Birden fazla cevap verebileceğiniz durumlarda ise lütfen 3 seçeneği geçmeviniz. Sorulara eksiksiz, gerçekçi ve içtenlikle cevap vermeniz, bu araştırmanın amacına ulaşmasına katkıda bulunacaktır.

Soruları, parantez içindeki boşluklara X işareti koyarak cevaplandırınız. Örnek: (X)

Verilen şıklarda, size uygun cevaplar olmadığı takdirde, "başka (belirtiniz)" şeklindeki boşluklara yanıtınızı yazabilirsiniz. Cevap için ayrılan kısımlar yetmediği takdirde, anket formunun boş kısımlarını da yanıt için kullanabilirsiniz.

Sorulara vereceğiniz cevaplarla yapacağınız değerli yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz. Saygılarımızla.

Dr.Aytağ ÇAĞIRTEKİN
Ana Araştırmacı

SORULAR

A)Katılımcı tarafından doldurulacaktır;

1.Yaşınız?

2.Öğrenim durumunuz?

1.()İlkokul mezunu

2.()İlköğretim (ortaokul) mezunu

3.()Lise ve dengi okul mezunu

4.()Yüksekokul / üniversite mezunu

3.Mesleğiniz ?

4.Medeni durumunuz?

1.()Bekar

2.()Evli

3.()Boşanmış

4.()Eşi ölmüş (dul)

5.()Başka (belirtiniz

6.Çocuk sayınız kaçtır?

7.Aylık geliriniz ne kadardır? (türk lirası olarak)(kira,ek iş ve yardımlar dahil)

8.Hobileriniz?

9.Meme kanseri tanısı öncesine göre hayatınızda ne/neler değişti?

1.()Denize havuza girme alışkanlığı.

2.()Kıyafet seçimi.

3.()Arkadaş toplantıları

4.()Dans

5.()Eşine karşı yaklaşım,cinsellik.

6.()Kötü alışkanlıklar kazanma (sigara,alkol vb.).

B)Hekim tarafından hasta dosyası ile doldurulacaldar;

1.Tanı tarihi?

2.Tanı anında yaşı?

3.Evre?

4.Meme cerrahisi tipi?

1.()Total mastektomi

2.()Meme koruyucu cerrahi

3.()Rekonstrüksiyon

5.Tedavi tipi?

1.()Adjuvant

2.()Neoadjuvant

3.()Palyatif

6.Primere yönelik radyoterapi aldı mı?

1.()Evet

2.()Hayır

EK 6: Bortner'in Derecelendirme Ölçeği

Aşağıdaki 1-8 arası numaralardan hangisi durumunuzu en iyi ifade ediyorsa işaretleyiniz. "1" "en düşük", "8" ise "en yüksek" katılım derecenizi ifade etmektedir.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
---A TİPİ ve B TİPİ KİŞİLİK ÖZELLİĞİ---									
1- Randevular konusunda titiz davranmam (kıyafet, zamanlama vb.).	1	2	3	4	5	6	7	8	1- Randevular konusunda titiz davranırım (kıyafet, zamanlama vb.).
2- Rekabetçi bir yapım yoktur.	1	2	3	4	5	6	7	8	2- Rekabetçi bir yapım vardır.
3- Önemli bir işim olsa bile kendimi zaman baskısı altında hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7	8	3- Önemli bir işim olmasa bile kendimi zaman baskısı altında hissederim.
4- Aynı anda tek bir işe odaklanırım.	1	2	3	4	5	6	7	8	4- Aynı anda birçok işi yürütmeyi denerim.
5- Çoğu durumda yavaş hareket ederim (yemek, yürümek vb.).	1	2	3	4	5	6	7	8	5- Çoğu durumda aceleci davranırım (yemek, yürümek vb.).
6- Duygularımı ifade etmekten çekinmem (duygularımı saklamam).	1	2	3	4	5	6	7	8	6- Duygularımı ifade etmekten çekinirim (duygularımı saklarım).
7- İş dışında ilgilendiğim çok fazla şey vardır.	1	2	3	4	5	6	7	8	7- İş dışında ilgilendiğim çok az şey vardır.

TDR-008

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

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

Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bağlantı tarihi (Gün, Ay, Yıl):

31									

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir aleviye torbasi veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çekersiniz mi?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çekersiniz mi?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kesa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün 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. İşiniz veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alkoyan 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. Kusmanız mı?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Orduka	Çok
16. Kaba oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yorulduanız 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. Bunalma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>akle</u> yaşıntınıza engel oluştırdı mı?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluştırdı mı?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşününce yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız29. Geçen haftaki yaşıntınız genel olarak nasıl değerdendirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerdendirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

EK 8: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

