



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ KOMİSYON BİRİMİ
PROJE SONUÇ RAPORU

MEME KANSERLİ KADINLARDA MASTEKTOMİNİN BEDEN İMAJI VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yürütücü: Doç. Dr. Meryem YILMAZ

Yardımcı araştırmacı: Arş. Gör. Kübra ERTURHAN TÜRK

Bu proje Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Tarafından SBF-042 Numaralı Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden İmajı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Araştırma Projesi Olarak Desteklenmiştir.

SİVAS 2017

“Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	Doç. Dr. Meryem YILMAZ	_____
Üye	Prof. Dr. Kürşat KARADAYI	_____
Üye	Yrd. Doç. Dr. Yazile YAZICI	_____
	SAYIN	

ONAY

Bu tez araştırması, 26/12/2016 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. ZÜBEYDA AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET
MEME KANSERLİ KADINLARDA MASTEKTOMİNİN
BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Kübra ERTURHAN TÜRK

Yüksek Lisans Tezi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2017, 109 sayfa

Bu araştırma, Sivas il merkezinde ikamet eden, meme kanserli kadınlarda mastektominin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmada veriler kadınların tanıtıcı özellikleri ve meme kanseri risk faktörlerini içeren hasta bilgi formu, Secard ve Jourard (1953) tarafından geliştirilen beden imajı ölçeği (Body Cathexis Scala-BCS), Cella ve ark. (1993) tarafından geliştirilmiş (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast) FACT-B yaşam kalitesi ölçeği olmak üzere üç form aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Örneklem Sivas il merkezinde ikamet eden, araştırmaya katılmayı kabul eden, 20 yaş ve üzeri, modifiye radikal mastektomi yapılmış, evre II, III olan hastalar alındı. Mastektomi yapılmış kadınlar telefon ile arandı, ev ziyareti için randevu alındı ve ev ziyareti yapılarak anket formları ev ortamında araştırmacılar tarafından sorularak uygulandı. Kadınlar anket formlarını yaklaşık 20-25 dk tamamladı.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programında tanımlayıcı testler, ortalama ve Pearson Momentler Çarpımı, Durbin Watson testi, Collinerity analizi, Linear Regresyon analizi, Dunnet T3 Post Hoc testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi kullanılarak değerlendirildi.

Bu araştırmaya mastektomi yapılmış 57 meme kanserli kadın katıldı. Kadınların yaş ortalaması 49.34 idi. Kadınların FACT-B toplam puan ortalamasının $X=68.47\pm22.44$, beden imajı puan ortalamasının ($X=121.61\pm21.96$) olduğu belirlendi. Araştırmada linear regresyon analizi sonucuna göre FACT-B'nin sosyal yaşam ve aile durumu boyutu dışında diğer alt boyutları ile FACT-B toplam ve beden imajı toplam puanı arasında ileri düzeyde pozitif korelasyon olduğu bulundu ($\beta=0.822$, $p=0.000$). Sonuç olarak mastektominin kadın-

ların beden imajını ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği ve beden imajı ile yaşam kalitesi arasında ileri derecede pozitif ilişki olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, mastektomi, beden imajı, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT
EFFECT ON QUALITY OF LIFE AND BODY IMAGE OF MASTECTOMY IN
WOMEN SUFFERING FROM BREAST CANCER

Kübra ERTURHAN TÜRK

Master's Thesis

Department of Nursing of Surgery

Supervisor: Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2017, 109 pages

This study was intended to determine effect on quality of life and body image of mastectomy in women suffering from breast kanser in Sivas as definer.

Research data was collected with face-to-face interview method through three survey: questionnaire form determined informative properties of women and included risk factors of breast cancer, body image scale developed by Secard and Jourard (1953), FACT-B scale (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast) to determine quality of life developed by Cella et al. (1993). The sampling were taken patients who reside in the Sivas, who agree to participate in the study, who are 20 years and older, who underwent modified radical mastectomy and who had stage II and stage III. It was contacted with the women undergone mastectomy by phone, it was gotten an appointment from the women who agree to participate in the study for home visit. The questionnaire forms were applied home environment of the women and were filled with asking questions by the researchers. The questions in the survey were completed in about 20-25 minutes.

Data obtained from the study were used as descriptive tests in the SPSS 22.0 package program, Pearson Moments Multiplication, Durbin Watson test, Collinerity analysis, Linear regression analysis, Dunnet T3 Post Hoc test, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis H test in the comparison of mean and some scale mean scores in the calculation of scale scores.

This study was participated with breast cancer 57 women. The average age of women was 49.34. In the study, The mean FACT-B total score of the women was determined as $X = 68.47 \pm 22.44$, and the body image score average $X = 121.61 \pm 21.96$. According to the results of the linear regression analysis, except for the social life and personal situation dimension of FACT-B, among the other sub-dimensions, the FACT-B total score and the body image total score were calculated respectively positive correlations ($r=0.822$,

p=0.000). As a result, it was determined that mastectomy negatively affects the body image and quality of life of women and there is a strong positive correlation between body image and quality of life.

Key Words: Breast cancer, mastectomy, body image, quality of life, nursing

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında akademik bilgi ve tecrübesinden yararlanmama imkân sağlayan, tez danışmanım saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Meryem YILMAZ'a, gösterdiği manevi destek ve ilgilerinden dolayı aileme ve eşim Sayın Mahmut TÜRK'e, araştırmamı sürdürmeme olanak tanıyan ve bu araştırmaya gönüllü olarak katılan bütün kadınlara teşekkür ederim.

Kübra ERTURHAN TÜRK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

İÇ KAPAK.....	i
ONAY.....	ii
YÖNERGE.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi.....	4
2.2. Kanserin Tanımı.....	6
2.3. Meme Kanserinin Tarihçesi.....	6
2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	7
2.5. Meme Kanseri Riskini Belirlemede Kullanılan Modeller.....	12
2.6. Meme Kanseri Belirti ve Bulgular.....	12
2.7. Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri.....	13
2.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	13
2.7.2. Klinik Meme Muayenesi.....	14
2.7.3. Mamografi.....	14
2.7.4. Ultrasonografi.....	15
2.7.5. Manyetik Rezonans.....	15
2.8. Meme Kanseri Evreleme.....	15
2.9. Meme Kanseri Türleri.....	18
2.9.1. Duktal karsinoma in situ (DCIS).....	18

2.9.2. Lobüler karsinoma in situ (LCIS).....	18
2.9.3. İnvaziv duktal karsinom.....	18
2.9.4. İnvaziv lobüler karsinom.....	18
2.10. Meme Kanseri Tedavisi.....	19
2.10.1. Cerrahi Tedavi.....	19
2.10.1.1. Meme Koruyucu Cerrahi.....	19
2.10.1.2. Mastektomi.....	19
2.10.1.2.1. Basit Mastektomi.....	20
2.10.1.2.2. Radikal Mastektomi.....	20
2.10.1.2.3. Modifiye Radikal Mastektomi.....	20
2.10.2. Kemoterapi.....	20
2.10.3. Radyoterapi.....	21
2.10.4. Hormonoterapi.....	21
2.11. Meme Ameliyatı Sonrası Gelişen Komplikasyonlar.....	22
2.11.1. Lenf ödem.....	22
2.11.2. Ağrı.....	23
2.11.3. Yara Yeri Enfeksiyonu ve Kanama.....	23
2.11.4. Seroma.....	24
2.11.5. Donmuş Omuz Sendromu.....	24
2.12. Yaşam Kalitesi.....	24
2.13. Beden İmajı.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve zaman.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Örneklemenin Özellikleri.....	27
3.5. Veri Toplama Araçları.....	27
3.5.1. Hasta Bilgi Formu.....	28
3.5.2. FACT-B.....	28
3.5.3. Beden imajı ölçeği.....	29
3.6. Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması.....	29
3.7. İstatistiksel Analizler.....	30

3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler.....	64
7. KAYNAKLAR	65
EKLER.....	81
EK.1. Hasta Bilgi Formu.....	81
EK.2. Beden İmajı Ölçeği.....	83
EK.3. FACT-B.....	84
İZİNLER.....	87
EK.4. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul.....	87
Başkanlığı Kurul Kararı.....	87
EK.5. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimlik.....	89
İzni	89
EK-6. FACIT Lisans Anlaşması.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	92

TABLÖLAR DİZİNİ

- Tablo 1.** Araştırmaya Alınan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri
- Tablo 2.** Hastaların Meme Kanseri Risk Faktörleri
- Tablo 3.** Hastaların FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 4.** Hastaların Yaşına Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 5.** Hastaların Medeni Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 6.** Hastaların Eğitim Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 7.** Hastaların Araştırma Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 8.** Hastaların Yaşadığı Kişilere Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 9.** Hastaların Gelir Düzeyine Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 10.** Hastaların Kaç Yaşında Meme Kanseri Tanı Alma Yaşına Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 11.** Hastaların Uzak Organ Metastaz Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 12.** Hastaların Kemoterapi Alma Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 13.** Hastaların Radyoterapi Alma Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 14.** Hastaların Mastektomi Sonrası Geçen Süreye Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 15.** Hastaların Kaç Kez Ameliyat Olduğuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 16.** Hastaların Sigara Kullanımına Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 17.** Hastaların Evlilik Süresine Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları
- Tablo 18.** Hastaların Beden İmajı ile FACT-B Arasında Linear Regresyon

Analizi

Tablo 19. Hastaların Bazı Özellikleri ile FACT-B ve Beden İmajı Arasında Regresyon Analizi

Tablo 20. FACT-B ve Beden İmajı Ölçeklerinin Cronbach Alfa Katsayısı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Süt çizgisi
Şekil 2.	Meme dokusu
Şekil 3.a	Memenin gelişimi
Şekil 3.b	Memenin gelişimi
Şekil 4.	Meme kanseri belirtileri
Şekil 5.	Meme kanserinde metastaz
Şekil 6.	Lumbektomi
Şekil 7.	Basit Mastektomi
Şekil 8.	Modifiye radikal mastektomi

KISALTMALAR DİZİNİ

MRM	Modifiye Radikal Mastektomi
MMG	Mamografi
USG	Ultrasonografi
MR	Manyetik Rezonans
NCCN	Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı
AJCC	Amerikan Kanser Ortak Komitesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
OKS	Oral Kontraseptif
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı
COX	Siklooksijenaz
LCIS	Lobüler Karsinoma in Situ
DCIS	Duktal Karsinoma in Situ
BCS	Beden İmajı Ölçeği
FACT-B	Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Latince *carcinus*/karsinoz, yengeç kelimelerinden gelen kanser, kontrolsüz olarak çoğalan ve organ fonksiyonları üzerine olumsuz etkisi olan hücre grubudur (Williams ve Hopper, 2015; Brunicardi, 2016). Meme kanseri kadınların meme dokusundaki malign hücre formlarıdır. Kadınlarda görülen kanserlerin %25'ini oluşturmakta ve akciğer kanserinden sonra kansere bağlı ölümlerde ikinci sırada yer alan her 8 kadın kanserinden birisi olmaya devam etmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2016). GLOBOCAN (2012) verilerine göre dünyada yeni tanı almış 1.67 milyon kadın bulunduğu bildirilmektedir. Türkiye'de kadınlarda meme kanseri oranı sırası ile 2005'te %34.7, 2009'da %40.6, 2011'de %45.1 iken 2013'te %45.9'a yükseldiği, 1 yıl içinde 17.531 kadına meme kanseri tanısı konulduğu (kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf) rapor edilmektedir. Dünya'da ve Türkiye'de meme kanseri oranındaki artışın nedeni olarak batı tarzı yaşam gösterilmektedir (Jemal, 2011; Özmen, 2008).

Kanser, bireyin yaşamının fiziksel, duygusal ve psikolojik yönleri de dahil olmak üzere tüm boyutları üzerinde olumsuz etkilerinden dolayı hastaların beden imajı ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Bahrami ve ark., 2010). Kanser hastalarında beden imajının bozulma nedeni olarak hastalık ve tedavi sırası ve sonrasında yaşayabileceği çok çeşitli bedensel değişiklikler gösterilmektedir. Bunlar saç kaybı, şişlik ve skar doku gibi fiziksel görüntüde değişiklikler, ağrı, uyuşukluk gibi duygusal değişiklikler ve yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu, iktidarsızlık gibi fonksiyonel bozuklukları içermektedir (Unukovych ve ark., 2012; DeFrank ve ark., 2007). Ancak değişiklikler bunlarla sınırlı olmayıp kişiye göre değişiklik göstermektedir. Bu nedenle beden imajının subjektif olduğu, görünüm değişikliklerinin başkalarına göre fark edilip edilmediğine bakılmaksızın hastanın bakış açısının göz önüne alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Fingeret ve ark., 2014).

Beden imajı bilinçli ya da bilinçsiz kişinin beden boyutları, cinsiyeti, beden fonksiyonu ve belirli hedeflere ulaşma yeteneği ile ilişkili bireysel duygulardan oluşmuş, birinin fiziksel görüntüsünü nasıl gördüğünün ötesine uzanan kompleks, tüm beden ve onun işleyişi ile ilgili algıları, düşünceleri, duyguları ve davranışları içeren çok yönlü bir yapı/kavram olarak tanımlanmaktadır (Fingeret ve ark., 2014). Beden imajı, kimlik, benlik saygısı, çekicilik, cinsel işlev ve sosyal ilişkiler ile yakından bağlantılı

olup (Falk ve ark., 2010; Bakht ve ark., 2010), meme kanseri olan kadınların %15-30 oranında beden imajı ile ilişkili endişe yaşadığı rapor edilmektedir (Anagnostopoulos ve Myrghianni, 2009; Lyngholm ve ark., 2013).

Bilindiği gibi mastektomi meme kanserinin birçok formunda önemli bir tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir. Mastektomi fiziksel olarak dıştan görülen seksüalite, kadınlık ve anneliği sembolize eden bir veya her iki memenin kesilerek çıkartılması/ampütasyonu olduğundan dolayı kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılandığı (Kunkel ve ark., 2002), kadınların fiziksel görünüşlerinde kalıcı değişime neden olduğu için öfke, zihinsel algıda değişiklikler, cinsel çekimde azalma, kaygı, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk duyguları, parçalanma hissi, suçluluk, nüksetme korkusu (Härtl ve ark., 2003) ve özkıym düşünceleri (Frierson ve ark., 2006), sosyal izolasyon, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, feminen özelliklerini kaybetme korkusu ve cinsel işlev bozukluğu gibi çeşitli sorunlar ile ilişkilendirilmektedir (Landmark ve ark., 2001; Gümüş, 2006; Chen ve ark., 2012). Mastektomi sonrası kadınların aynada ilk kez kendilerini görmeleri sırasında, şok ve dehşetten, üzüntü ve rahatlamaya kadar değişen duygusal deneyim yaşadıkları (Freysteinson ve ark., 2012), %50'sinin aynada ilk kez kendilerini görme deneyimleri sırasında yalnız olmayı tercih ettikleri (Freysteinson ve ark., 2015), beden imajı ve seksüel fonksiyonlarını kötü olarak rapor ettikleri bildirilmektedir (Jun ve ark., 2011). İlave olarak tedavi nedeni ile bir ya da iki memenin bozulması/çirkinleşmesi ya da kaybı, cerrahi skar ve radyoterapi ile ilişkili deri değişiklikleri gibi fiziksel görünüşlerinde dikkat çekici bozulmalar, hormon ya da kemoterapi gibi sistemik terapilerin neden olduğu kilo artışının (Rooney ve Wald, 2007) sonucu olarak olumsuz beden imajı; kadınların görünüşü, algılanan kadınlık ve beden bütünlüğü, kişinin kendini çıplak gösterme konusundaki isteksizliği, cinsel olarak cazip hissetmeme, görünüş konusunda benlik bilinci ve cerrahi yara izlerindeki memnuniyetsizliğini içermektedir.

Olumsuz beden imajı kaçınılmaz olarak bireyin ruh halini ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkileyebilir (Bagheri ve Mazaheri, 2015), toplumsal damgalamaya, sosyal etkileşimler sırasında görünüşlerinden utanmaya ve sonuç olarak toplumsal izolasyona yol açabilir. Bu nedenle meme kanseri, fiziksel değişiklikler dışında, kanser ve mastektomi kavramının yıkıcı özelliği, tedaviler ve tedavilerin uzun süren yan etkilerinin yarattığı stres, kadının fiziksel işlevselliği, zihinsel sağlığı ve esenliği (Low ve ark.,

2006), beden imajı ve cinsellik üzerine olumsuz etkileri, aile ve iş yaşamından kopma ya da aksaklıklar sonucu biyopsikososyal ve spiritual sorunları beraberinde getirdiği için kadınların yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir (Işık, 2014; Kocaman Yıldırım ve ark., 2013). Literatürde mastektomi sonrası kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin arttığı, cinsellik, beden imajı, benlik saygısı ve eş uyumlarının olumsuz etkilendiği (Sertöz ve ark., 2004; Akyolcu, 2008; Özkan ve ark., 2009), yorgunluk (Knobf, 2007), kol ağrısı, uyuşma/karınalanma, lenf ödem ve uyku sorunları (Janz ve ark., 2007; Fu ve Rosedale, 2009), menapoz semptomları, lenf ödem (Kendall ve ark., 2005) ve tüm bunların kadınların yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu bildirilmektedir. Yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan fiziksel, emosyonel ve sosyal iyiliğin subjektif bir değerlendirilmesi olup (Shimozuma, 2002), meme kanseri hastalarının tanı, tedavi ve hastalığın fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik boyutları ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisini içeren çok boyutlu ve çok yönlü bir ölçüm olarak gösterilmektedir. Türkiye’de mastektomi yapılan kadınlarda beden imajı, benlik saygısı ve eş uyumu ile cinsellik üzerine araştırmalar ve derleme yayınlar bulunmaktadır. Ancak mastektominin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu bağlamda bu araştırma mastektominin kadınların beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi ve beden imajı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapıldı. Araştırmadan elde edilen kanıt, mastektomi yapılan kadınların bozulmuş beden imajı ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik bakımın planlanmasına katkı sağlayabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, meme kanserli kadınlarda, mastektominin yaşam kalitesi ve beden imajı üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

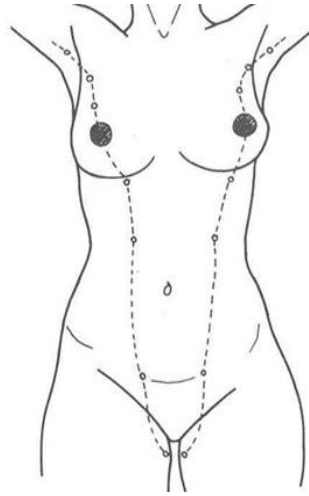
1.3. Araştırma Soruları

1. Mastektominin kadınların beden imajı üzerinde etkisi nedir?
2. Mastektominin kadınların yaşam kalitesi üzerinde etkisi nedir?
3. Mastektomili kadınların beden imajı ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

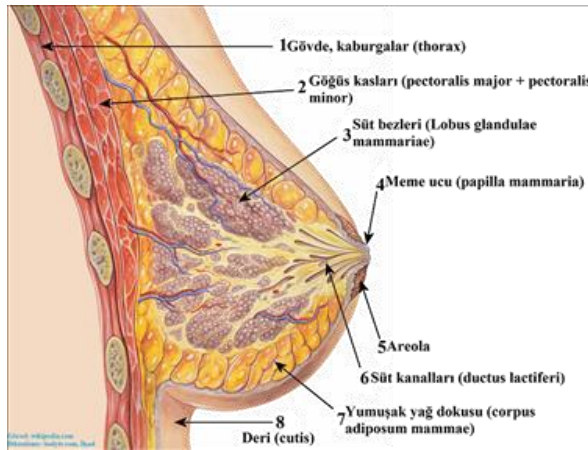
2.1. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi

Meme dokusu fetal gelişimin 5. veya 6. haftasında kalınlaşmış ektodermden iki ventral band şeklinde aksiller bölgeden inguinal bölgeye uzanan süt çizgileri üzerinde oluşur. Meme gebeliğin 6. haftasından 32. haftaya kadar stromada meme parankiminin invazyonu, epitel tomurcuklanmanın ve dallanmaların, düz kas hücrelerinin, meme ucu ve kanalların oluşumu şeklinde gelişir (Haakensen, 2011; Fadıloğlu, 2011). Bağ dokusundan meydana gelen Cooper ligamentleri dermis içine uzanarak meme dokusuna yapısal destek sağlar.



Şekil 1. Süt çizgisi

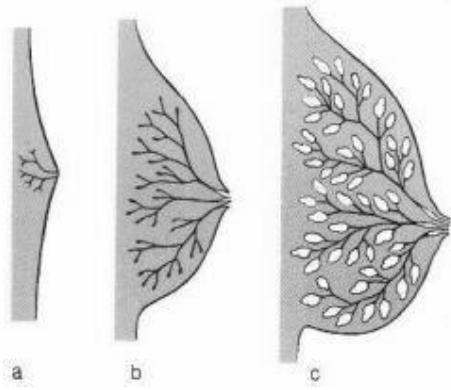
Meme dokusu altındaki temel kaslar pektoralis majör ve minördür. Memenin arteriyel kanlanması internal mammarian arter, posterior interkostal arter ve aksiller arter tarafından sağlanır.



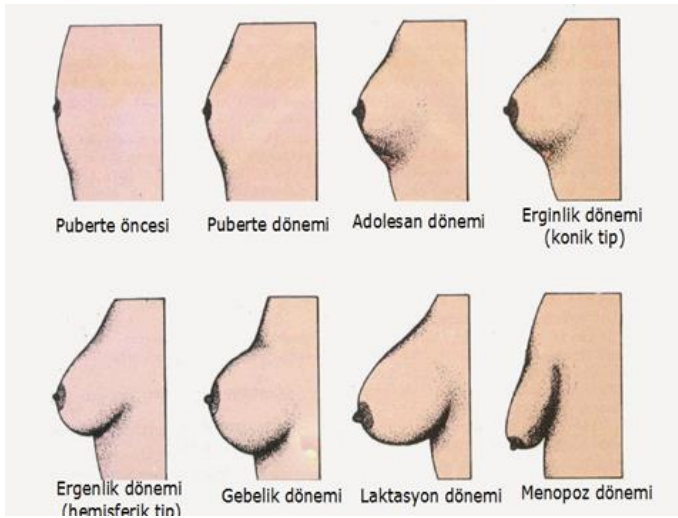
Şekil 2. Meme dokusu

Meme dokusunun gelişimi puberteye kadar erkeklerde ve kadınlarda aynıdır. Puberte ile beraber kadınlarda östrojen, progesteron hormonlar aracılığı ile gelişimini sürdürür

(Brunicardi, 2016; Haakensen, 2011). Memenin gelişiminin tamamlanması luteal, plasental hormonlar ve prolaktinin etkisi ile gebelikte gerçekleşir. Temel görevi süt sekresyonu ile yenidoğanı beslemektir. Meme dokusunun işlevinde etkili olan bir diğer hormon oksitosin miyoepitelyal hücrelerin kasılmasını sağlayarak sütün salınmasını sağlar (Brunicardi, 2016; Özmen, 2012). Laktasyondan sonra alveollerden süt üretimi durur, duktusların sayısında ve özelliğinde değişiklik meydana gelir (Haakensen, 2011; Özmen, 2012). Menopoz sonrasında da östrojen ve progesteron düzeyinin azalması ile beraber loblarda atrofi ve sayısında azalma meydana gelir.



Şekil 3.a Memenin gelişimi



Şekil 3.b Memenin gelişimi

2.2. Kanserin Tanımı

Kanser vücudun tamamını ya da belli bir bölümünü etkileyen, etraftaki dokulara saldırarak kontrolsüz olarak büyüyen ve uzak bölgelere metastaz yapabilen hücrelerdir. (DSÖ, 2014). Meme kanseri genellikle kadınlarda görülen, hematojen ve lenfatik yol aracılığı ile diğer organlara yayılan, çevre dokulara saldıran anormal meme hücrelerinin kontrolsüz şekilde çoğalması olarak tanımlanmaktadır.

2.3. Meme Kanseri Tarihçesi

Meme kanseri son dönemlerin hastalığı olarak görülmesine rağmen tarihi çok eskiye dayanır. Milattan önceki (M.Ö) dönemden günümüze teknolojik gelişmeler ile birlikte kanseri tanıma ve tedavi etme konusunda da büyük gelişmeler olmuştur. Meme kanseri Eski Mısır'dan Orta Çağ Batı'sına kadar çeşitli medeniyetlerde tanımlanmış olup, hastalığın nedeni tam olarak tanımlanamamıştır. Hipokrat (M.Ö 460-160) ve ardından Galen yüzyıla hakim olan kan, balgam, siyah safra ve sarı safra gibi biyolojik dengesizlikleri temel alan hümorale teoriyi savunmuşlardır (Ünal, 2006). Hipokrat menopoz ve meme kanseri arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş ve memeden akıntı gelen bir hastayı tanımlamıştır (Ünal, 2006). Meme kanseri ile ilgili ilk kayıt, hekim ve mimar olan ve sağlık tanrısı olarak sembolleşen, koterizasyonu ve damarları bağlama yöntemini geliştiren, İmhotep'in Eski Mısır'da yazdığı düşünülen ve 1862'de Edwin Smith'in ortaya çıkardığı Cerrahi Papirusdur (M.Ö. 3000-2500) (Brunicardi, 2016; Donegan, 2006; Erkin ve Ardahan, 2014). Edwin Smith'in ortaya çıkardığı bu papirusta dokuz erkek meme hastası anlatılmakta ve 45. vakada bir lezyondan bahsedilmektedir (Brunicardi, 2016). Galen (M.S. 131-200) "Kanserli tümörler en sık olarak kadınların memelerinde gelişmektedir" demiştir. Galen lezyonu "Tümörün etrafına doğru büyüyen damarlar yengece benzer" olarak tanımlamıştır (Donegan, 2006). Aynı dönemde (M.S 30) Romalı Cel-sus meme kanserini erken kanser, ülseriz kanser, ciltte ülserleşen kanser ve karnabahar biçiminde kanser olarak dörde ayırmıştır (Brunicardi, 2016). Ortaçağ'da Paul ve Lanfranc tarafından yazılan kitaplarda meme cerrahisi ayrıntılı bir şekilde anlatılmış olup dönemin Galen etkisi altında olması değişmemiştir. 15.yy, neredeyse ilk 1500 yıllık zamanda kanserin temel aldığı 'hümorale teori' değişmeye başlamış ve 'lenf teorisi' gibi yeni teoriler ortaya çıkmış olup kanser hücrelerinde kan dolaşımına invazyon olarak tanımlanan metastaz terimi tanımlanmıştır. Hekim Paracelsus (1493-1541) tarafından vücuttaki hümorların dengesizliğinden ziyade sıvıların eksik ya da aşırı üretiminin kan-

sere neden olduğunu ortaya çıkarmıştır (Donegan, 2006). 1652’de Tulp kanserin bulaşıcı olduğu fikrini desteklemiştir (Kaartinen, 2015). 17.yy savaşları anatomi biliminde büyük ilerlemeler sağlamış fakat kanser ile ilgili ortaya atılan teoriler kabul görmemiştir. Galen tarafından tanımlanan hümorale teori 1757’de Le Dran tarafından reddedilmiş ve etkisini yitirmeye başlamıştır. Morgagni ile beraber başlayan dönemden sonra mastektomi ve aksiller diseksiyon denemeleri yapılmıştır ve Leonides ilk kez mastektomi uygulamıştır (Ünal, 2006; Brunicardi, 2016). 18.yy meme dokusuyla beraber aksiller lenf nodlarının ve pektoral kasın birlikte çıkarılması kabul görmüştür (Ünal, 2006). Haagensen ve Stout 1943’te meme kanserinde meme dokusunda ülserleşme, ödem, fiks aksiller lenf nodu ve göğüs duvarına fiksasyon gibi ileri evre bulguları tanımlamışlardır (Brunicardi, 2016).

2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinin gelişimine neden olan bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. IBCERCC (2013) bunlardan bazılarını ileri yaş, ailesel meme kanseri öyküsü, BRCA1 ve BRCA2 gibi bazı genlerde mutasyonun varlığı, alkol tüketimi, sedanter yaşam, benign meme hastalığı, yoğun meme dokusu, radyasyona maruz kalma, erken menarş yaşı, hormonal etkiler ve özellikle menapoz sonrası kadınların yüksek beden kitle indeksi olarak bildirmiştir. Yapılan araştırmalarda birinci derece akrabalarında meme kanseri olması, sigara kullanma, HRT kullanımı, yağlı diyet, obezite, aşırı alkol tüketimi, eğitim seviyesinin yükselmesi, nükleer bomba ve Hodgkin lenfoma gibi bazı hastalıkların tedavileri sırasında yüksek radyasyona maruz kalma gibi bazı risk faktörlerinin meme kanseri riskini artırdığı, diğer bir yandan kadınların ilk gebeliklerinin 30 yaşından önce olması ve ikiden fazla doğum yapması meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir (Sezer ve ark., 2011; Jones ve ark., 2011; Boice ve ark., 1991). OKS ve HRT kullanımı, erken menarş ve geç menapoz gibi risk faktörlerinin riski artırma nedeni östrojen ve progesteron olup bu hormonların hormon-reseptör kompleksi oluşturarak DNA zincirine bağlanıp tümör süpresör genleri baskıladığı belirlenmiştir (Salman ve ark., 2005). Güncel risk faktörlerinin meme kanseri üzerine etkisini inceleyen bir araştırmada, meme kanseri grubu ve kontrol grubu arasında stres düzeyi ve kanser arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş, yaşanan yere baz istasyonu yakınlığı, beslenme şekli, deodorant kullanımı, cep telefonu ile konuşma süresi ve toraks bölgesine grafi çekilmesi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Aydoğan ve ark., 2013).

Sayılan bu risk faktörlerinin yanı sıra meme kanserli kadınların %75'inde herhangi bir risk faktörü olmadığı belirlenmiştir (Amir ve ark., 2010). Yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski 50 yaşındaki bir kadında %11, 70 yaşındaki bir kadında %7 dir (Bruni-cardi 2016). Dolayısıyla kadınlar kansersiz ne kadar yaşarsa riski o kadar azaltmış olurlar

Cinsiyet: Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve riski 100 kat artırır (Koçak ve ark., 2011). Yapılan bir başka araştırmada meme kanserinin kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Haydaroğlu ve ark., 2005).

Yaş: Amerikan Kanser Birliği (2016) tarafından invazif meme kanserinin en çok 55 yaş ve üstü olan kişilerde görüldüğü belirtilmektedir. Cancer Research UK (2015) tarafından meme kanserli kadınların neredeyse yarısının 65 yaş ve üzeri olduğu bildirilmiştir. 30 yaş ve altı meme kanseri görülen hastaların çoğunluğunun genetik geçişli olduğu rapor edilmiştir (Demirelöz, 2007).

Menarş ve Menopoz Yaşı: 12 yaşından önce menarş ve 55 yaşından sonra menapoza girmenin meme kanseri gelişme riskini artırdığı belirlenmiştir. Erken menarş ve geç menopozun meme dokusunun uzun süre östrojen ve progesteron hormonuna maruz kalması sonucu meme kanseri riskini artırdığı belirtilmiştir (Evans ve Howell, 2007).

Ailesel Faktör: Birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Amerikan Kanser Birliği, 2016). Ailesinde meme kanseri olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, birinci dereceden akrabasında bir kişide meme kanseri olması riski yaklaşık 2 kez artırdığı, birden fazla kişide meme kanseri olmasının riski 3 kez artırdığı belirlenmiştir (Collaborative group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2001). Yapılan araştırmalarda, meme kanseri tanısı almış 40 yaşından küçük bir hastanın birinci derece akrabasında meme kanseri görülme oranı, meme kanseri tanısı almış 65 yaşından büyük olan bir hastanın birinci derece akrabasında meme kanseri görülme oranına göre üç kez daha fazla risk altında olduğu belirlenmiştir (Amir ve ark., 2010; Collaborative group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1997).

Genetik: Kansere yatkınlığa neden olan bazı genler tanımlanmıştır. Bu genlerdeki mutasyonlara sahip ailelerde kanser görülme riski oldukça yüksektir. Meme kanseri vakalarının yaklaşık %5-10'unun ebeveynlerden doğrudan geçen gen mutasyonu sonucu kalıtsal olduğu düşünülmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2016). Bu genlerden bazıları

BRCA1, BRCA2, p53, pTEN ve STK11/LKB1 genleridir. BRCA1, BRCA2, p53, pTEN ve STK11/LKB1 gibi otozomal dominant genlerdeki mutasyondan dolayı kalıtsal yatkınlığı olan meme kanserli kadınların, meme kanserli kadınların tamamına oranının %5-10 olduğu tahmin ediliyor (Mincey, 2003). p53 geni hücre içinde apoptozisin uyarılması, DNA tamiri, hücre döngüsünün durdurulması gibi görevleri olan çok yönlü bir proteindir. Meme kanserlerinde p53'ün yaklaşık %60'ında mutasyon olduğu, bunun kimyasal kanserojenlerin neden olduğu kanser tiplerinde, meme kanserli kadınlarda aşırı p53 protein üretiminin olması prognozun kötü olduğu anlamına geldiği bildirilmiştir (Çefle, 2003; Öztürk, 2006; Sirvent ve ark., 2001).

Normalde BRCA1 VE BRCA2 kontrolsüz büyüyen hücreleri önler ve DNA'nın onarımına yardım eder (Cornelisse ve ark., 1996). Bu genler anormal büyüyen hücrelere karşı koruyan protein yapımı ile kanseri önlemeye yardım eder (Amerikan Kanser Birliği, 2016). Meme kanseri tanısı almış, BRCA1 ve BRCA2 mutasyon taşıyıcılarında 10 yılda ikincil meme kanseri gelişme riskinin incelendiği araştırmada, ikincil meme kanseri görülmesinin BRCA1 mutasyon taşıyıcılarında yüksek olduğu, BRCA2 mutasyon taşıyıcıları ve klinik açıdan önemi bilinmeyen değişkenli kadınlarda, sporadik meme kanserli kadınlarla bildirilenle benzer olduğu belirlenmiştir (Menes ve ark., 2015).

Benign Meme Hastalığı: Benign meme hastalıkları meme kanseri riskini artırır. Atipi olmaksızın proliferatif lezyonlar meme kanseri riskinde küçük bir artışla ilişkilendirilirken atipili proliferatif lezyonların meme kanseri riskini 4-5 kat artırdığı bildirilmiştir (Santen, 2014).

Meme Yoğunluğu (Dens Meme): Yaş grubu ile karşılaştırıldığında yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda meme kanseri olma olasılığı normal meme yoğunluğuna sahip kadınlara göre daha fazladır (Tamimi ve ark., 2007). Dünya çapında beyaz kadın popülasyonunun yaklaşık %5'inin memesinin %75'inden daha fazla mamografik yoğunluğu olduğu ve bu kadınların mamografik yoğunluğu %10'dan daha az olan kadınlara göre riskinin 5 kat arttığı görülmüştür (Tice ve ark., 2005).

Gebelik ve İlk Doğum Yaşı: İlk gebelik yaşı gebelikteki meme parankim hücrelerindeki değişimlerden dolayı meme kanseri riskini etkiler. İlk doğum yaşı 30 yaş ve üzeri olan kadınlarda meme dokusunun uzun süre östrojen hormonuna maruz kalmasından dolayı meme kanseri görülme oranı 20 yaş ve altı kadınlara göre 2 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Evans ve Howell, 2007; Ulusal Kanser Enstitüsü, 2012).

Emzirme: Emziren kadınlarda emzirmeyen kadınlara göre meme kanseri görülme riskinin azaldığı belirlenmiştir. 24 aydan daha uzun süre emziren kadınlarda emzirmeyenlere göre riskin anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir (De Silva ve ark., 2010; Palmer, 2014).

OKS (Oral Kontraseptif) Kullanımı: Oral kontraseptifler, meme dokusunun yüksek hormon düzeylerine maruz kalması sonucu risk oluşturur. Oral kontraseptif kullanan kadınların kullanmayanlara göre meme kanseri riskinin az da olsa arttığı belirlenmiştir (Collaborative group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1996). Ancak 10 yıl sonra ailede kanser öyküsüne, üreme geçmişi, coğrafik bölge ve etnik kökenine bakılmaksızın hiç kullanmamış gibi aynı seviyeye döndükleri bildirilmiştir (Ulusal Kanser Enstitüsü, 2012).

HRT (Hormon Replasman Tedavisi) Kullanımı: Menapozal semptomların yönetimi/rahatlaması için ekzojen hormon kullanımı 1940'ların başlarında uygulamaya girmiştir. Teorik olarak meme kanseri üzerinde ters etkileri olduğuna endişesi vardı, kanserin üreme hormonlarının etkisi altında olduğuna inanılıyordu. Daha sonra, büyük ölçekli prospektif gözlemsel araştırmalar daha güvenilir kanıtlar sağlamak üzere tasarlanmıştır. 1980'li yıllarda araştırmalara başlanmış ve 1990'lı yıllarda sonuç alınmaya başlamıştır. Bu dönemde, gözlemsel araştırmalar ve biyolojik belirteç araştırmaları lipid profilleri, ekzojen östrojenin tek başına ya da progestin ile kombinasyonu, osteoporoz tedavisi, kardiyovasküler hastalık ve demansı önleme ve yaşlanma üzerinde net olumlu etkilere sahipti, ancak klinik araştırma kanıtı eksikti. Günümüzde üreme hormonlarının meme kanseri riskini etkilediği sağlam temellere sahiptir (Chlebowski ve Anderson, 2015). Hormon terapi menopozal semptomlar için hala milyonlarca kadın tarafından kullanılmaktadır. Literatürde progestinle birlikte östrojen kombinasyonlarının kullanımı özellikle östrojen reseptör (ER+) meme kanser insidansını beyaz postmenopozal kadınlarda arttırdığı belirlenmiştir (Rosenberg ve ark., 2016). Gözlemsel araştırmalar uzun süreli kullanımında riskin arttığını ileri sürmektedir. Oral kontraseptif kullanımına benzer olarak östrojen ve progesteron gibi yüksek hormon düzeylerine maruz kalma sonucu risk oluşturduğu, 5 yıldan daha fazla süre östrojen ve progesteron içeren menopoz sonrası HRT tedavisinin meme kanseri gelişme riskini artırdığı belirlenmiştir (Gülten, 2008; Ulusal Kanser Enstitüsü, 2012; Liu ve ark., 2016; Pizot, 2016).

Obezite: Obezite meme kanseri riskini artıran en önemli faktörlerden biri olup, menopoza öncesi ve sonrası beden kitle indeksi otuzdan yüksek olan kadınların meme kanseri riskini artırdığı belirlenmiştir (Nagrani, 2016). Obezitenin meme kanseri riskini artırması yağ dokusunun östrojen hormonu depolamasından dolayı meme dokusunun daha yoğun östrojen maruziyetinden kaynaklanmaktadır.

Radyasyona Maruziyet: Memenin radyasyonun karsinojenik etkisine karşı en hassas dokulardan biri olması nedeni ile Hodgkin lenfoma gibi bazı hastalıkların tedavileri sırasında (Demirkazık, 2014) ve nükleer patlama dolayısıyla yüksek radyasyona maruz kalanların meme kanseri riskinin arttığı görülmüş olup maruz kalan kişilerin uzun yıllar riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Boice ve ark., 1991).

Alkol Tüketimi: Aşırı alkol tüketen kadınlarda meme kanseri gelişme oranı içmeyenlere göre %51 daha fazla olduğu ileri sürülmüştür. Araştırmalar meme kanseri riskini en aza indirmek için haftada en az iki alkolsüz gün ve günde bir bardaktan fazla alkol alınmaması gerektiğini ileri sürmektedir (Howell ve ark., 2014; Chen ve ark., 2011). Düşük düzeylerde alkol tüketiminin de meme kanseri riskini artırdığı görülmüştür (Scoccianti ve ark., 2014).

Sigara İçme: İlk hamilelikten önce sigara içmeye başlayan kadınlarda ve uzun vadede, aşırı sigara içiminin meme kanseri riskini artırdığı görülmüştür (Dossus ve ark., 2014).

Gece Çalışma: Dünya'nın sanayileşmiş ülkelerinde gece shifti çalışma en yaygın çevresel maruziyetlerden biri olup meme kanseri risk faktörlerinden biri olduğu ileri sürülmüştür (Cordina-Duverger, 2016) Kadınlar arasında hemşirelerin meme kanseri gelişme riskinin en yüksek popülasyon olduğu belirlenmiştir (Fenga, 2016; Hansen ve Stevens, 2012).

Eğitim: Yapılan araştırmalara göre eğitim düzeyi yüksek kadınların genellikle 25 yaşından sonra doğum yapma, ikiden az çocuk sahibi olma, sigara içme veya emzirmeme, gece çalışma gibi yaşam stili ve davranışsal değişikliklerden dolayı meme kanseri riskinin artırdığı belirlenmiştir (Sezer ve ark., 2011; Yılmaz ve ark., 2011; Naieni ve ark., 2007).

Roll-on Kullanımı: Koltuk altından emildiğinden dolayı roll-on kullanımı meme kanserinin en fazla memenin üst dış kadranında olduğu düşünülmüş, fakat roll-on kullanımının meme kanseri riskini artırdığına dair bilimsel araştırmalarla kesin olarak ispatlanamamıştır (Darbre, 2005; Aydoğan, 2013).

2.5. Meme Kanseri Riskini Belirlemede Kullanılan Modeller

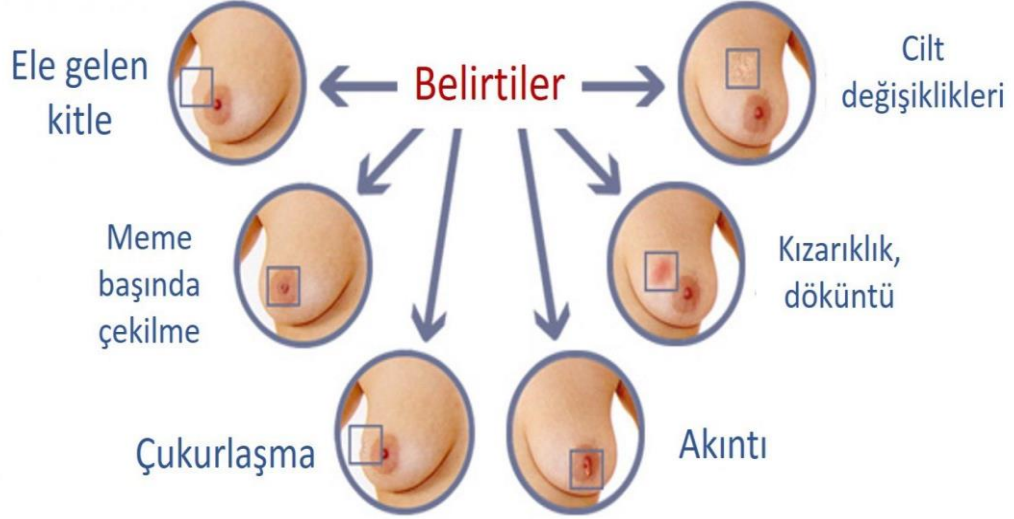
Meme kanseri riskini belirlemede kullanılan bazı risk değerlendirme modelleri vardır (Güllüoğlu 2008, Brunicardi 2016). Gail, Claus ve Tyrer-Cuzick modelleri en sık kullanılan modeller arasındadır. Gail modeli genetik olmayan, aile öyküsüne dayalı bir risk değerlendirme modelidir. Gail modeli; yaş, menarş yaşı, ilk doğum yaşı, önceki meme biyopsi sayısı, benign meme hastalığı ve 1. derece akrabalarda meme kanseri olması, ırk ve etnik yapıyı kapsar (Rockhill, 2001; Quante ve ark., 2012; Gail ve ark., 1989), ancak model BRCA1 ve 2 mutasyonlarını, 2. derece akrabalarında meme ya da over kanseri, erkek akrabalarda meme kanseri üzerine olan riskleri göz ardı eder (Quante ve ark., 2012). Günümüzde bu model “Ulusal Kanser Enstitüsü Meme Kanseri Risk Değerlendirme Aracı (BRCAT)” olarak isimlendirilir (Demirkazık, 2014). Claus modeli bireyin birinci ve ikinci derece akrabalarında meme kanseri olup olmamasını ve tanı yaşını ele alır (Brunicardi, 2016; Evans ve Howell, 2007). Gail modeli ile karşılaştırıldığında aile öyküsü ile ilgili daha fazla bilgiyi dikkate alır. Gail ve Claus modeli BRCA1 ve BRCA2 genlerini, meme yoğunluğunu, plazmada serbest estrogen düzeyini, menopoz sonrası kilo alımı, bel kalça oranını, atipik hiperplazili benign meme hastalığı ele almamıştır (Santen 2014; Cuzick ve ark. 2015). Tyrer-Cuzick modeli ise yaş, menarş yaşı, doğum sayısı, ilk doğum yaşı, menopoz yaşı, hormon replasman tedavisi kullanımı, hiperplazi, lobüler karsinoma in situ öyküsü, kilo ve beden kitle indeksi, endojen östrojen maruziyeti, meme biyopsisi, ailesel öykü, BRCA 1 ve 2 genetik durumlarını da içine alır (Amir ve ark., 2003; Evans ve Howell, 2007; Quante ve ark., 2012). Tyrer-Cuzick modeli meme kanseri risk değerlendirmede kullanılan en iyi modeldir (Amir ve ark., 2003).

2.6. Meme Kanseri Belirti ve Bulgular

Tümör boyutu küçük ve tedavi edilebilir durumdayken genellikle semptom vermez. Meme kanserinin en yaygın semptomu ağrısız, sert, düzensiz yerleşimli yeni bir kitle ya da şişlik olmasıdır.

- Memenin bir bölümünün ya da tamamının şişmesi
- Memede portakal kabuğu görünümü
- Deri iritasyonu ya da çukurlaşması
- Meme ya da meme ucu ağrısı
- Meme ucunun çekilmesi
- Lenf bezlerinde şişlik

- Meme ucundan kanlı veya kansız akıntının gelmesi
- Memenin ya da meme ucunun kızarıklığı, pullanması ve kalınlaşması gibi belirtilerin olduğu belirtilmiştir. (Amerikan Kanser Birliği, 2016; Sönmez, 2012)



Şekil 4. Meme kanseri belirtileri

2.7. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Amerikan Kanser Birliği'nin (2016) belirlediği hiçbir belirti göstermeyen kadınlarda meme kanserini erken tanı kuralları, 40 yaş ve üzeri kadınlar için her yıl, 20 ve 30 yaşlarında her üç yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) yaptırmaları, 40 yaşından sonra her yıl mamografi çekirtmeleri ve kadınların 20 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesine (KKMM) başlamaları tavsiye edilmektedir (Kerlikowske ve ark., 2011). Mamografi ile görüntüleme ve modern tedavi seçeneklerinin gelişmesi ile meme kanserinde erken tanıdaki ilerlemelere rağmen dünya çapında kadınlar arasında kanserden ölümlere yol açan ikinci nedendir (Sezer ve ark., 2011).

2.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM, erken aşamada meme kanserini teşhis etmek için kadınların, meme ve çevresindeki bölgeyi, anormal kitleyi saptamak amacıyla düzenli aralıklarla, sistematik bir şekilde, aynı yöntemi kullanarak muayene edilmesidir. KKMM basit, non-invazif, ucuz ve ulaşılabilir yöntemdir (Karpuz ve Çakır; Parsa ve ark., 2016).

KKMM adımları (Gwarzo ve ark., 2009);

a. Bak

Aynanın karşısına geçilir ve her iki memeye ayrı ayrı bakılır. Büyüklüğü, şekli, rengi, sınırları ve memenin ve meme ucunun yönü not edilir. Kollar baş üzerine kaldırılır ve yavaşça yana eğilerek memeler gözlemlenir. Daha sonra eller kalça üzerine konularak omuzlar itilir ve memeler ayrı ayrı gözlemlenir.

b. Hisset

Aynanın karşısına geçilir ve klavikulanın altından başlanır. Vücut losyonu ile orta üç parmağı ıslatılır. Meme ucu da dahil memenin tüm alanında geri ya da ileri küçük daireler yapılır ve basınç uygulanır (aşağı yukarı ya da dairesel). Koltuk altı meme dokusu da incelenir, el değişilir ve diğer memede işlemler tekrarlanır.

c. Not et

Gözlemler kaydedilir ve gelecek ay takvime kendi kendine meme muayenesi not edilir.

2.7.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

KMM meme kanserini erken aşamada tanılamak için kullanılan sağlık profesyonelleri tarafından yapılan muayenedir. Aşamaları:

- a.** İnspeksiyon, klinik öykü alınır alınmaz, hastanın memeleri gözlemlenir. Meme şeklindeki simetri ya da sınırları değerlendirilir. Eritem, retraksiyon, çukurlaşma ve meme ucu değişimleri değerlendirilir.
- b.** Palpasyon, inspeksiyondan sonra gelir, her iki meme ve yakın lenf nodları palpe edilir. Hastalara aksiller, supraklavikular ve infraklavikular lenf nodlarının palpasyonu yapılır. Palpe ederken elin orta üç parmağı kullanılır. Hafif, orta ve derin palpasyon olarak farklı şekillerde basınç uygulanarak yapılır. Meme implant varlığı ve meme büyüklüğü gibi faktörler göz önünde bulundurularak basınç şekline karar verilir.
- c.** Yorumlama, memenin ve lenf nodlarının görsel ve elle tutulur özelliğinin tanımlanması, her özelliğe uygun, ortak ve doğru terminolojiyi kullanma, tanımlanan bulguları doğru teşhis etmeyi içerir.

KMM yalnızca gözlem ve palpasyon yolu ile elde edilen bulguları tanımlamayı sağlar; benign mi malign mi belirlenebilmesi için daha tetkik gerekir. Klinik meme muayenesinde normal ve anormal olarak en genel iki tanımlama vardır (Saslow, 2004).

2.7.3. Mamografi (MMG)

MMG memenin kas, yağ ve grandüler yapılarını x-ray kullanılarak erken dönemde tanı koymak amacıyla kullanılan radyolojik bir yöntemdir. Anormal kanser alanlarını kanıtlamayabilir fakat sağlık profesyonellerine karar vermede yardım eder. MMG ile meme dokusundaki kalsifikasyon ve kitle belirlenir (Amerikan Kanser Birliği, 2016; Saatkaya, 2009).

2.7.4. Ultrasonografi (USG)

Meme dokusuna ses dalgaları verilerek tüm kadranların taranması işlemi olup kolay uygulanabilen, ucuz, radyasyon içermeyen bir yöntemdir. MMG belirlenen kitlelerin içyapılarının ve bölgesel lenf nodlarının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemdir (Saatkaya, 2009; Yılmaz, 2006).

2.7.5. Manyetik Rezonans (MR)

Güçlü bir manyetik alan içerisine alan dokulara verilen radyofrekans dalgaları kullanılarak sinyalleri görüntüye çeviren, tanı koymanın zor olduğu yoğun memelerde, ameliyat sonrası tekrarlayan tümörleri belirlemede, meme rekonstrüksiyonu sonrası meme koruyucu cerrahi uygulanacak hastalarda göğüs duvarına yerleşen kitlelerde çevre dokulara yayılımın değerlendirilmesinde kullanılan bir yöntemdir (Polat, 2012).

2.8. Meme Kanseri Evreleme

Aşama kanserin gelişimi ve yayılımı hakkında ortak bir bilgi verir. Aşama kadının prognozu hakkında bilgi verir. Düşük aşama daha yavaş büyümüş ve daha az yayılmış kanseri tanımlarken, yüksek aşama daha hızlı büyümüş ve yayılmış kanseri tanımlar. Örneğin aşama 3 kanserlerin çok hızlı büyüme ve yayılma eğilimi vardır (Amerikan Kanser Birliği, 2016). Bu aşamalar genellikle dört temel faktör üzerine yapılır:

- Primer tümör odağının yeri
- Tümörün büyüklüğü ve genişliği
- Lenf nodu yayılımı
- Uzak organ metastazı var olması (AJCC, 2016; Amerikan Kanser Birliği, 2016; NCCN, 2016; Uçar ve Uzun, 2008)

AJCC (2016) kullandığı TNM sınıflaması;

T kategorisi primer tümörü tanımlıyor

TX	Primer tümör odağı değerlendirilemiyor
T0	Primer tümör yok
Tis	Karsinoma in situ (kanser metastaz yapmamıştır)
T1-T4	Primer tümör büyümüş ve/veya genişlemiş

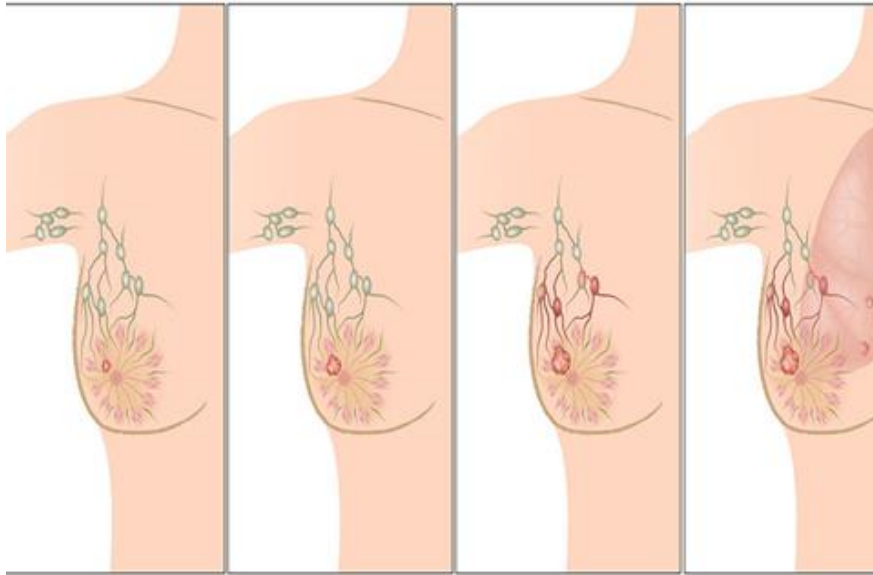
N kategorisi yakın lenf nodlarına yayılım olup olmadığını tanımlıyor

NX	Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor
N0	Bölgesel lenf nodlarına yayılım yok (lenf nodlarında kanser bulunmamış)
N1-N3	Bölgesel lenf nodlarında yayılım

M kategorisi uzak metastaz olup olmadığını belirler

MX	Uzak metastaz değerlendirilemiyor
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var

AJCC (2016) 'göre IIB, III ve IV aşamasındaki invazif tümörün ilerlemiş aşama hastalık olduğunu ileri sürmüştür. Aşama I kanserler çok az ilerlemiştir ve prognozu iyidir, daha yüksek aşamada kanserler ise ilerlemiştir fakat birçok vakada tedavi başarı göstermiştir (**Şekil 4**).



Şekil 5. Meme kanserinde metastaz

Amerikan Kanseri Birliği (2016) meme kanseri evrelemesinde,

Aşama 0	Tis, N0, M0	Duktal karsinoma in situ (DCIS) Lobüler karsinoma in situ (LCIS) Paget hastalığı Lenf nodlara ve diğer organlara yayılmamış tım kan- serler
Aşama IA	T1, N0, M0	Tımör 2 cm ya da daha kůçük (T1), lenf nodlarına (N0) ve uzak organlara (M0) yayılım yok
Aşama IB	T0 ya da T1, N1mi, M0	Tımör 2 cm ya da daha kůçük (T0 ya da T1), 1 ila 3 aksiller lenf noduna mikrometastaz vardır (N1mi). Kanser uzak organlara yayılmamıştır (M0).
Aşama IIA	T0 ya da T1, N1, M0	Tımör 2 cm ya da daha kůçük (T0 ya da T1) ve 1 ila 3 aksiller lenf noduna yayılmış ve kanser 2 mm daha bůyük (N1a) ya da internal mammary lenf nodlarında az miktarda kanser (N1b) ya da internal mammary lenf nodlarında ve aksiller lenf nodlarında 1 ila 3 ta- nesine yayılmıştır (N1c). Kanser uzak organlara ya- yılmamıştır (M0)
	T2, N0, M0	Tımör 2 cm den kůçük 5 cm den bůyůktır (T2). Lenf nodları (N0) ve uzak organlara (M0) yayılım yok.
Aşama IIB	T2, N1, M0	Tımör 2 cm den kůçük 5 cm den bůyůktır (T2). Ak- siller lenf nodu ya da internal mammary lenf noduna yayılmıř olup (N1) uzak organlara yayılım yok (M0).
	T3, N0, M0	Tımör 5 cm den bůyük fakat gůđős duvarı ve deriye dođru bůyůmemiř (T3) olup lenf nodları (N0) ve uzak organlara (M0) yayılım yok.
Aşama IIIA	T0-T2, N2, M0	Tımör 5 cm den bůyük değil (T0-T2). 4 ila 9 aksiller lenf noduna veya genişlemiş internal mammary nod- larına yayılmış (N2), uzak organlara yayılım yok (M0)
	T3, N1 ya da N2, M0	Tımör 5 cm den bůyük fakat gůđős duvarı ve deriye dođru bůyůmemiř (T3) olup 1 ila 9 lenf noduna ya da

		genişlemiş internal mammary nodlara yayılmış (N1 ya da N2), uzak organlara yayılım yok (M0).
Aşama	T4, N0 ila N2,	Tümör deri ya da göğüs duvarı içine büyümüş (T4)
IIIB	M0	ve lenf nodlarına yayılım yok (N0) ya da 1 ila 3 aksiller lenf noduna veya genişlemiş internal mammary nodlarına yayılmış (N1) ya da 4 ila 9 lenf noduna ya da genişlemiş internal mammary nodlara yayılmış (N2)
		İnflamatuvar meme hastalığı T4d olarak sınıflandırılır ve en az aşaması IIIB dir.
Aşama	Herhangi T,	Kanser 10 ya da daha fazla lenf noduna yayılmıştır
IIIC	N3, M0	(N3), uzak organlara yayılım yok (M0).
Aşama IV	Herhangi T,	Kanser herhangi bir büyüklükte olabilir, lenf nodlarına yayılmış ya da yayılmamış olabilir. Uzak organlara ya da lenf nodlarına yayılmıştır (M1). En yaygın olarak kemik, karaciğer, beyin ya da akciğerlere yayılım vardır.
	herhangi N, M1	

2.9. Meme Kanseri Türleri (Amerikan Kanseri Birliği, 2016):

- 2.9.1. Duktal karsinoma in situ (DCIS):** memenin kanser öncesidir. DCIS meme kanserinin erken tanısı olarak düşünülür. DCIS’da kanser hücreleri bir kanal içindedir, meme dokusunun tamamına yayılmamıştır.
- 2.9.2. Lobüler karsinoma in situ (LCIS):** 0 aşamadaki meme kanseri olarak sınıflandırılır. Meme ucundaki paget hastalığı aşama 0 dır. Kanser uzak organlara ve lenf nodlarına yayılmamıştır.
- 2.9.3. İnvaziv duktal karsinom:** Meme kanserinin en yaygın tipidir. Memenin süt kanallarında başlar, meme yağ dokusu içine doğru büyür. Lenfatik sistem ve kan dolaşımı ile bedenin diğer bölümlerine metastaz yapabilir.
- 2.9.4. İnvaziv lobüler karsinom:** Süt üreten bezlerde başlar. İnvaziv duktal karsinom gibi bedenin diğer bölümlerine metastaz yapabilir. İnvaziv meme kanserlerinin onda biri invaziv lobüler karsinomdur. İnvaziv lobüler karsinom invaziv duktal karsinoma göre mamografide daha zor belirlenir.

2.10. Meme Kanseri Tedavisi

2.10.1. Cerrahi Tedavi/Mastektomi

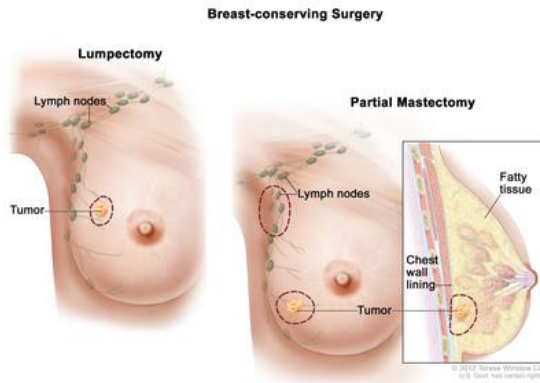
Meme cerrahisi kanser aşamasına göre yapılmaktadır (Amerikan Kanser Birliği 2016):

- Meme koruyucu cerrahi: Mümkün olduğunca kanser kısmını çıkarma
- Aksiller lenf nodu diseksiyonu: Koltuk altı lenf nodlarının çıkarılması
- Sentinel lenf nodu biyopsisi: Sentinel nod, kanser hücrelerinin ulaştığı ilk lenf nodudur. Erken evre meme kanserli hastalarda aksiller lenf nodu negatif hastaları belirleyerek gereksiz diseksiyon yapılmasını önler (Büyükakıncak ve ark., 2014).
- Meme rekonstriksiyonu: Kanser çıkarıldıktan sonra meme şeklinin düzenlenmesi
- İlerlemiş kanser semptomlarını rahatlatmak

Erken aşamada teşhis edilen meme kanserinde meme koruyucu cerrahi ve mastektomi arasında seçim yapılabilir. Meme koruyucu cerrahinin temel avantajı memenin çoğunun korunmasıdır.

2.10.1.2. Meme Koruyucu Cerrahi (Lumpektomi, kadranektomi)

Lumpektomi, kadranektomi, kısmi mastektomi, segmental mastektomi adı da verilir. Bu cerrahide yalnızca memede kanser dokusu çıkarılır (Şekil 5).



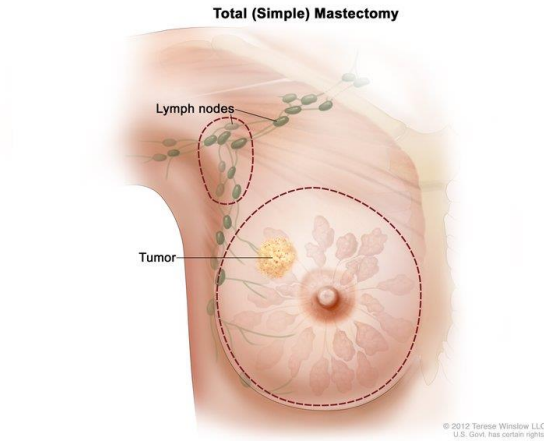
Şekil 5. Lumpektomi

2.10.1.3. Mastektomi

Tüm memenin çıkarıldığı cerrahidir. Bazı zamanlar meme dokusuyla beraber yakınındaki dokularda çıkarılır. Mastektomi çeşitleri aşağıdaki gibidir (Amerikan Kanser Birliği, 2016; Ulusal Kanser Enstitüsü, 2012).

2.10.1.3.1. Basit Mastektomi

Memenin tamamının çıkarılmasıdır. Bazı zamanlar koltuk altı lenf nodlarından bir ya da bir kaç da çıkarılabilir (Ely ve Vioral, 2007) (Şekil. 6).



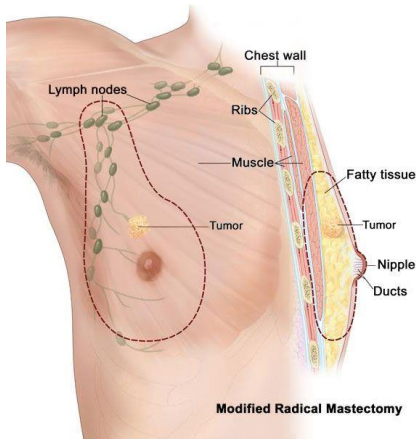
Şekil 6. Basit Mastektomi

2.10.1.3.2. Radikal Mastektomi

Radikal mastektomi meme dokusu, lenf nodları ve meme altındaki pektoralis majör ve minörün çıkarılması olarak tanımlanır (Ely ve Vioral, 2007).

2.10.1.3.3. Modifiye Radikal Mastektomi

Modifiye radikal mastektomi meme dokusunun tamamı ile aksiller lenf nodlarını çıkarıp, pektoralis minörün bırakılması olarak tanımlanır (Scanlon ve Caprini, 1975) (Şekil 7).



Şekil 7. Modifiye radikal mastektomi

2.10.2. Kemoterapi

Kemoterapi mikrometastazları önlemek, tümör çapını küçültmek ve cerrahi sonrası geride kalmış tümörlü hücreleri öldürmek için ağızdan ya da intravenöz yoldan ilaç verilmesidir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Kemoterapi kadının yalnızca memesini

değil tüm vücudunu tedavi eder. Adjuvan, neoadjuvan olarak ve ileri meme kanserinde kemoterapi kullanılabilir. Meme cerrahisinden sonra verildiğinde adjuvan kemoterapi adını alır. Cerrahi sonrası kullanım amacı geride bırakılmış ya da yayılmış kanseri ortadan kaldırmaktır. Neoadjuvan kemoterapi cerrahi öncesi verilen tedavidir. Bu tedavinin yararları tümörü küçültür ve cerrahi ile daha az alan çıkarılır, bundan dolayı tanı sırasında büyük kanser dokularını (ileri evre) tedavi etmek için kullanılır. İlerlemiş meme kanseri için verilen kemoterapi meme dışına metastaz yapmış kanserli kadınlarda kullanılır (Amerikan Kanser Birliği, 2016). Tedavinin süresi kanserin küçülüp küçülmediği ve kemoterapiye ne kadar yanıt verdiğine bağlıdır. Kemoterapinin saç dökülmesi, dispne, kilo kaybı, tırnak değişiklikleri, ağız yaraları, iştahta azalma, bulantı ve kusma gibi yan etkilerin yanı sıra (Aslam ve ark., 2014) kemik iliğini baskılayarak trombositopeniye neden olmasından dolayı kanama, lökopeniden dolayı enfeksiyona yatkınlık, anemiden dolayı yorgunluk gibi yan etkileri de olabilir (Garcia ve ark., 2015; Amerikan Kanser Birliği, 2016). Literatürde meme kanseri nedeni ile kemoterapi alan kadınlarda saç dökülmesi, kilo kaybı, seksüel fonksiyonlarda azalma, yorgunluk, bulantı, ağrı, meme ve kol ile ilişkili semptomlar nedeni ile hastaların beden imajının ve yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmiştir (DeFrank ve ark., 2007; Garcia ve ark., 2015).

2.10. 3. Radyoterapi

Radyoterapi, kanser hücresi ve çevresini etkileyerek kanser hücrelerinin öldürülmesi ve büyümesinin önlenmesi amacı ile x-ray ışını kullanılan bir kanser tedavisidir (Williams ve Hopper, 2015). Ameliyat sonrası nüks etme ya da metastaz riskini azaltmak amacı ile kullanılır. İki tipi vardır: eksternal radyoterapi, kansere karşı vücudun dışında bir makine kullanılarak radyasyon gönderilmesidir. İnternal radyoterapi, direkt olarak kansere ya da yakınına bir iğne ya da kateter kullanılarak radyoaktif maddenin kullanılmasıdır (Williams ve Hopper, 2015). Tedaviden dolayı hastaların evlerinden uzak kalmaları, ekonomik sorunlar yaşamaları ve yan etkilerden dolayı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

2.10.4. Hormonal Tedavi

Hormon tedavisi, tümörlerin büyümesine neden olan östrojen ve progesteron reseptör varlığına karşı, östrojen seviyelerini düşürmek ve kanser hücreleri tarafından östrojen kullanımını önlemek amacı ile kullanılır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Amerikan Kanser Birliği, 2016). Meme kanserini değerlendirmede en önemli adım

meme dokusu çıkarıldığında ya da biyopsi sırasında reseptör varlığını test etmektir. Östrojen reseptörlü meme kanseri ER pozitif (ER+) kanser olarak isimlendirilirken, progesteron reseptörlü meme kanseri ise PR pozitif (PR+) kanser olarak isimlendirilir. Bunun yanı sıra insan epidermal büyüme faktör reseptör pozitif (HER2+) meme kanserinin, kötü prognoz ve agresif hastalık ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir (Kuo ve Chen, 2016). Östrojen ve progesteron seviyelerinin düşürülmesi menopoz semptomları, osteoporoz ve kalp hastalığı riski gibi yan etkilere neden olabilir (Williams ve Hopper, 2015).

2.11. Meme Ameliyatı Sonrası Gelişen Komplikasyonlar

Meme ameliyatı sonrası ağrı, yara enfeksiyonu, hematoma, seroma, donmuş omuz sendromu gibi genel komplikasyonlar ve lenf ödem gibi aksiller diseksiyona bağlı gelişen komplikasyonlar vardır.

2.11.1. Lenf Ödem

Meme kanseri komplikasyonlarından biri olan lenf ödem, cerrahi ile lenf nodlarının çıkarılması ve radyoterapi nedeni ile aksiller lenfatik sistemin ameliyat sonrası bozulması sonucu kolda subkutan dokuda sıvı birikmesi ile meydana gelen yaşam kalitesi ve beden imajını olumsuz şekilde etkileyen bir durumdur (Brennan ve ark., 1996; Janz ve ark. 2007; MacLean ve ark. 2008). Lenf ödem üst ekstremitenin hareket alanını ve etkilenen dokunun iyileşme kapasitesini azaltarak fonksiyonel bozukluğa ve anksiyete, depresyona neden olarak psikolojik bozukluklara neden olur (Lymphoedema Framework 2006).

Meme kanserinde lenf ödemi önlemek ve tedavi etmek için bazı müdahaleler vardır. Lenf ödem hemşirelik bakımında kol ölçümü, elevasyona alma, masaj, egzersiz ve kompresyon bandajları ile dış basıncın uygulanması ve fiziksel tedavi gibi non-farmakolojik müdahalelerin (Brennan ve ark., 1998) yanı sıra hastanın mastektomi yapılan taraftaki kolundan kan basıncı ölçülmemesi, kan alınmaması, enjeksiyon yapılması, ağır kaldırmaması, takı takmaması gerektiği hasta eğitiminde yer almalıdır.

Lenf ödem yönetiminde 4 adım vardır (Lymphoedema Framework, 2006; Allen ve ark. 2013):

- **Manuel lenf drenajı;** Dokulardaki fazla sıvı ve proteinin manuel bir teknikle çıkarılmasıdır. Lenfatik akış yönünde hafif ritmik darbelerden oluşur.
- **Kompresyon giysileri;** Etkilenen ekstremitenin sıkıştırılmasıdır. İnterstisyel aralıktan lenf sıvısını lenf damarlarına iterek reabsorbsiyonunu sağlamaktır

- **Egzersiz:** Kişiyeye özel belirlenmelidir ve egzersiz sırasında kompresyon bandaj uygulaması etkinliğini artırır. ROM, direnç egzersizleri ve abdominal solunum egzersizleri yaptırılır.
- **Cilt bakımı;** Enfeksiyonu önlemek amacı ile antibakteriyel ve nötr pH dengeli losyonlarla günlük cilt temizliğinin yapılmasıdır.

2.11.2. Ağrı

Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı (IASP) tarafından “Var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşla gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlamıştır. Ağrı her ameliyattan sonra gelişebileceği gibi meme ameliyatı sonrası da hastalarda ağrı gelişebilir. Ameliyattan sonra ağrı oluşma mekanizması; doku hasarı sonucu dokudan fosfolipit salınır, daha sonra hücre zarındaki fosfolipitlerde önemli miktarda bulunan arasıdonik asit açığa çıkar, arasıdonik asitten siklooksijenaz ve lipooksijenaz oluşur, oluşan lipooksijenaz lökotrienleri üreterek mukus sekresyonuna, vasküler geçirgenlikte artışa ve bronkokonstrüksiyona neden olur, siklooksijenaz, COX-1 ve COX-2 olarak ikiye ayrılır. COX-1 böbrek ve GİS’i koruyucu ve trombaksan A2 sentezini sağlayarak trombosit agregasyonu sağlar, COX-2 enzimi ise inflamasyonda rol oynayan prostaglandin salınımına neden olduğundan dolayı ameliyat sonrası ağrıya neden olur (Aydın, 2002; Gökşen ve Kelekçi, 2010; Canbolat, 2015). Ağrı subjektif bir kavram olmasından dolayı hemşirelik bakımında ağrı şiddetini objektif hale getirebilmek amacı ile ağrı skalası (VAS, NRS) yapılır. Ağrının yeri, zamanı, başlangıcı belirlenir. Hastanın ağrısını artıran ve azaltan faktörler belirlenir. DSÖ’nün ağrı basamağına göre ağrı kesici ilaç uygulanır. Non-farmakolojik uygulamalar yapılır. Ağrı şiddeti tekrar değerlendirilir.

2.11.3. Yara Yeri Enfeksiyonu ve Kanama

Hemşirenin ameliyat sonrası yara iyileşme aşamalarını bilerek buna uygun bakımı planlanması gerekmektedir. Yara iyileşmesi, hemostaz ve inflamasyon (2-5 gün), proliferasyon (5-21 gün) ve maturasyon (21 gün- 2 yıl) olarak üç aşamada ele alınmaktadır. Hemostaz aşamasında vazokonstriksiyon ve fibrin tıkaç oluşur, inflamasyon aşamasında trombositlerden birtakım sitokinler salınır ve bunlar nötrofilleri ve fibroblastları yara alanına çeker. Nötrofiller ilk 24 saatte, makrofajlar 24-48 saatte etkinlerdir ve fagositoz yaparlar, makrofajlardan aynı zamanda büyüme faktörleri salınır. Yeni bağ dokusu oluşumunu sağlamak için büyüme faktörleri ve sitokinler nedeni ile fibroblast-

lardan kollajen üretimi başlar, yeniden damarlanma (anjiyogenezis), granülasyon dokusu oluşur, yara kenarlarında kontraksiyon başlar ve endotel göçü için uygun ortam sağlanarak epitelizasyon gerçekleşir (Arab 1994; Kılınç 2003; Brunicardi 2016). Hemşirenin öncelikle hemşirenin yara iyileşmesini etkileyen yaş, beslenme, enfeksiyon varlığı, kronik hastalık, yeterli perfüzyon, steroid kullanımı gibi faktörlerin bulunup bulunmadığı konusunda veri toplaması gerekmektedir. Yara iyileşme aşamalarına göre hemostaziste kanama, inflamasyon aşamasında enfeksiyon, proliferasyon aşamasında yara açılma riski gibi komplikasyonlar açısından hastanın değerlendirmesi ve önlenmesi için gereken bakımın planlanması gerekmektedir. Eksuda özellikleri izlenmelidir. Cerrahi alanla temas öncesi ve sonrasında aseptik tekniklere uyulmalıdır. Yaşam bulguları ve laboratuvar bulguları takip edilmelidir (Williams ve Hopper, 2015; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

2.11.4. Seroma

Aksiller diseksiyon sonrasında meme insizyonu altında seröz sıvı birikmesidir. Seroma deri altı nekrozlara ve yara iyileşmesinde gecikmeye neden olmaktadır. Yara iyileşmesinin inflamasyon aşamasında histamin ve bradikinin etkisi ile kapiller geçirgenlikte artma ve vazodilatasyondan dolayı oluştuğu düşünülmektedir (Ağalar, 2013). Tedavisi ve bakımında kompresyon ve drenaj bulunmaktadır.

2.11.5. Donmuş Omuz Sendromu

Glenohumeral eklemden görülen, sinoviyal sıvının inflamasyonu ve fibrozis sonucu geliştiği, ilerleyici hareket kısıtlılığı ve ağrı ile karakterize yaşam kalitesini ileri düzeyde bozan bir durumdur. Tedavisinde inflamasyonu ve ağrıyı azaltmak amacı ile non-steroidal anti inflamatuvarlar, omuz egzersizleri ve steroid tedavi bulunmaktadır (Baykal ve ark., 2013).

2.12. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi sosyal veya toplumsal refahın değerlendirmesi, bireyler veya grupların özel durumlarının değerlendirilmesine kadar değişkenlik gösteren tanımlanması zor bir kavramdır (Felce ve Perry 1995). Dünya Sağlık Örgütü (1997) yaşam kalitesini “bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak kültür ve değer sistemleri bağlamında yaşamdaki konumunu nasıl algıladığı” olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi bireylerin yaşamki konumlarının algılanması fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi, sosyo-ekonomik durumu ve çevrele-

rindeki ilişki içine alan kapsamlı ve karmaşık bir kavramdır (DSÖ, 1993). Yaşam kalitesi kişiden kişiye değişen, kişinin hayata bakış açısı ve yargılarından etkilenen bir kavramdır. Meme kanserli kadınlarda kanser tanısı, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi nedeni ile hastalar ağrı, yorgunluk, cinsel işlev bozukluğu, saç dökülmesi, bulantı, kusma, lenfödem, kadınlık hissinin kaybı, beden imajında bozulma gibi durumlar yaşar ve hastalığın tedavisi, uzun süre hastanede kalma kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerin getirmesini etkiler ve kadınların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenir (Brady ve ark., 1997; Garcia ve ark., 2015). Sunulan araştırmada yaşam kalitesi kişinin bedeni durumu, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durumu, faaliyet durumu ve diğer endişeler başlıkları altında ele alınmıştır.

2.13. Beden İmajı

Fiziksel görünüş insanların yaşamında önemli bir yere sahiptir. Beden imajı bireyin kendi benliğine ilişkin algıları, kendini nasıl gördüğüdür (Özoğlu, 1975). Yaşamın her evresinde değişkenlik göstermekle beraber ergenlik döneminde önem kazanan kişinin kendi bedeni ile ilgili algılarını kapsayan bir kavramdır (Oktan ve Şahin, 2010). Schilder (1935) beden imajı terimini ‘insan vücudunun görüntüsü ve görünümü olarak tanımlamış ve fizyolojik süreçlerden etkilenmesine rağmen psikolojik ve sosyal deneyimlerden de etkilendiğini belirtmiştir. Secord ve Jounard (1953) bireyin bedeninin bazı bölgelerini beğenip beğenmemesinin beden imajını değiştireceğini, bireyin beğendiği organın temel olarak beden imajını geliştirebileceğini belirtmiştir. Price (1990) beden imajı kişinin gerçek beden, ideal beden ve sunulan beden arasındaki uyuma bağlı olup, benlik saygısı ve ruhsal sağlığın önemli bir yönünü oluşturduğunu belirtmiştir. Bireylerin beden imajı iki bileşenden oluşur, birincisi kişinin fiziksel özelliklerine ilişkin öznel bilgiye sahip olması gerçek ve ideal beden arasındaki uyuma bağlıdır, ikinci ise kişinin bedeninden ne kadar memnun olduğunu gösteren beden doyumu ile ilişkilidir (Tiwari ve Kumar, 2015). Vücut ağırlığı, medya, bireysel ve psikolojik faktörler, sosyoekonomik durum faktörlerin yanı sıra bireyin kendi gücünden de etkilenir (Burrous, 2013). Pozitif beden imajı benlik saygısı, kendini kabul etme, sağlıklı bakış açısı ve davranışlar açısından önemlidir. Kaybedilen bedenin bölümüne verilen öneme göre değişkenlik göstermekle beraber yaş dönemleri, cinsiyet, etnik grup hastalık veya sakatlık olup olmaması, cerrahi gibi nedenlerden etkilenebilir. Beden imajı dört yönü ile ele alınmalıdır:

Kendini görme şekli (algısal); Gerçekte daha zayıfken kendini şişman hissetmesi

Görülen şey hakkında hissedilenler (duygusal); Vücudunuz hakkındaki hisleriniz, özellikle görünüm, ağırlık, şekil ve vücut parçaları ile ilgili olarak yaşadığınız memnuniyet veya memnuniyetsizlik miktarı, duygusal beden imajınızdır.

Beden hakkında hissedilen düşünceler ve inançlar (kognitif); bazı insanlar zayıflıklarında kendilerini daha iyi hissedeceklerine inanırlar

Görülen şeye karşı yapılan eylem (davranışsal); Bir kişi görünüş biçiminden memnun değilse, görünümü değiştirmek için aşırı egzersiz veya yeme bozukluğu gibi olumsuz davranışlarda bulunabilir

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı şekilde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sivas Özel Medicana Hastanesinde Şubat 2016- Aralık 2016 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 2015 yılında Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Merkezi arşivinden 143 ve Sivas Özel Medicana Hastanesi arşivinde 18 olmak üzere kayıtlı toplam 161 mastektomi yapılmış kadın oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimi yapılmadı, evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak arşiv taraması sonrası oluşturulmuş listedeki kadınlardan; 30'unun Sivas Özel Medicana Hastanesi ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi kayıtlarında ortak hasta olduğu, 6 hastanın yaşamını kaybettiği, 7 hastanın araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 2 hasta ile iletişim kurulamadığı, 17 hastaya ulaşılamadığı ve 42 hastanın araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymadığı için örneklem dışı bırakıldı. Araştırma 57 mastektomi yapılmış kadın ile tamamlandı.

Örneklem alınma kriterleri:

1. Sivas il merkezinde ikamet eden,
2. Araştırmaya katılmayı kabul eden,
3. 20 yaş ve üzeri
4. 1 ay ile bir yıl önce modifiye radikal mastektomi yapılmış hastalar
5. Evre II ve evre III olan hastalar

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada üç veri toplama aracı kullanıldı: Araştırmacılar tarafından geliştirilen hasta bilgi formu, meme kanseri hastaların yaşam kalitesini belirlemek üzere Cella ve ark. (1993) tarafından geliştirilmiş FACT-B ölçeği ve Secard ve Jourard (1953) tarafından geliştirilen beden imajı ölçeği (Body Cathexis Scala-BCS).

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu iki bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, gelir düzeyi, kaç yaşında tanı aldığı, hastalığın metastaz durumu, aldığı tedaviler, mastektomi sonrası geçen süre, sigara ve alkol kullanım durumu, evlilik süresi, hastalık evresi belirlemek üzere kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin 15 adet, ikinci bölüm birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü, menarş yaşı, menapoz yaşı, hormon replasman tedavisi alıp almadığı, kaç çocuğunun olduğu, ilk doğum yaşı, doğumlar arasındaki süre, emzirme durumu, oral kontraseptif kullanım durumu, estrogen kullanım durumu, egzersiz ve roll-on kullanımını da içeren meme kanseri risk faktörlerine ilişkin açık uçlu soruların da yer aldığı 16 olmak üzere toplam 31 sorudan oluşturuldu.

3.5.2. FACT-B

Kronik hastalık tedavisinin fonksiyonel değerlendirme anketi ile (FACIT), kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesini hedeflemiştir. 1987'den beri geliştirilmekte olan FACIT (Functional Assessment of Cancer Illness Therapy) ölçeği araştırması, önce bir Eğitim ve Araştırma Sonuçları Merkezi (CORE-Center on Outcomes, Research and Education) anketi oluşturulmasıyla başlamıştır. Cella ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılan FACIT ölçeği, kronik hastalık yönetimini hedefleyen, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen 24 dilde çevrilmiş anketler koleksiyonudur. 1997'de FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy) ismi yerine, sadece kanser değil tüm kronik hastalıkları kapsayan FACIT adı ve anketler serisi olduğu resmi olarak kabul edilmiştir (Webster ve ark., 2003). Böylece FACIT, çatısı altında anketler içeren daha geniş, daha kapsamlı bir terim olmuştur. 2003'den itibaren, 40'ı aşkın FACIT ölçeği ve 9 semptom indexine sahip olarak genişlemiştir. FACIT skalalarının eşdeğer dil sürümleri, farklı kökenden gelen insanların kültürlerarası karşılaştırılmalarına izin verecek şekilde 45 farklı dilde (bazı ölçekler için), websitesinde online kullanıma hazır olarak sunulmuştur. (<http://www.facit.org-website>). Bu araştırmada kullanılacak FACT-B ölçeğinin Türkçe versiyonu (<http://www.facit.org-website>) sitesinden online talep edilmiş ve bu araştırmada kullanılmak üzere online yazılı izin alınmıştır. Site tarafından verilmiş resmi izin ektedir (EK-6). Meme kanserli hastalarda yaşam kalitesine ilişkin geniş sorular ve maddeler oluşturmak amacı ile meme kanserli 15 hasta ve en az 100'den fazla meme kanserli hasta tedavi etmiş 5 onkoloji

uzmanı ile derilenmesine görüşmeler yapması sonucu FACT-B geliştirilmiştir. FACT-B meme kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için, geçerli ve güvenilir bir araç olarak belirlenmiş ve Cronbach α değeri 0.79-0.90 olarak belirlenmiştir (Brady ve ark., 1997). Orjinalinde 44 madde olarak belirlenmiş, daha sonra, FACT-B (versiyon 4) bedeni durum (7), sosyal yaşam ve aile durumu (7), duygusal durum (6), faaliyet durumu (7) ve diğer endişeler (10) olarak ayrılmış 37 maddeden oluşan beş dereceli likert tipi ölçme aracıdır. Her bir madde 0'dan 4'e kadar değişen puanlar almakta ve "hiç", "çok az", "biraz", "oldukça" ve "çok fazla" şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Bu çalışmada, FACT-B cronbach- α alt boyutlar 0.67-0.90 arasında, toplam 0.93 olarak bulundu.

3.5.3. Beden İmajı Ölçeği

Orjinal adı Body Cathexis Scale (BCS) olan bu ölçek, 1953 yılında Secard ve Jurard tarafından geliştirilmiştir (Secord ve Jourard, 1953). 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Hovardaoğlu, 1990). Hovardaoğlu, Cronbach alfa değerini 0.91 ($p < 0.01$) olarak bulmuştur. Kişinin vücut bölümünden ya da işlevinden memnuniyetini belirleyen bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizde kullanılan formu, 40 maddeden oluşan beş dereceli Likert tipi bir ölçme aracıdır. Her bir madde 1'den 5'e kadar değişen puanlar almakta ve "çok beğeniyorum", "oldukça beğeniyorum", "kararsızım", "beğenmiyorum" ve "hiç beğenmiyorum" şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Buna göre, alınabilecek puan 40-200 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden imajı düşük grup olarak tanımlanmıştır (Hamurcu ve ark., 2015). Bu çalışmada cronbach- α 0.88 olarak bulundu.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada kurum arşivlerinin taranması ile belirlenmiş hasta listesinde yer alan meme kanserli kadınların arasından mastektomi yapılanlar belirlendi. Listede araştırma kriterlerini taşıyan kadınların telefon numaraları ve ev adresleri alındı ve telefon ile arandı. Telefonda araştırmanın amacı açıklandı ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan randevu alındı. Randevu gün ve saatinde kadınların evlerine gidildi ve anket formları kadınların ev ortamında uygulandı. Anketler araştırmacı tarafından sorularak dolduruldu. Kadınlar anketlerdeki soruları yaklaşık 20-25 dk tamamladı.

3.7. İstatistiksel Analizler

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programında demografik veriler için tanımlayıcı testler, ölçek puanlarının hesaplanmasında ortalama ve bazı değişkenlerle ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Pearson Momentler Çarpımı, Durbin Watson testi, Collinerity analizi, Lineer Regresyon analizi, Dunnet T3 Post Hoc testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.8. Etik Onay

Araştırmaya başlanılmadan önce araştırmanın yapılacağı kurumun etik komitesinden 23.12.2015 tarihinde 2015-12/18 karar numaralı etik kurul izni ve çalışmanın yapılacağı kurumların yönetiminden gerekli izinler alındı. Araştırmada Helsinki Bildirgesinde yer alan etik ilkelere uyuldu. Araştırmanın formları uygulanmadan önce hastalara tekrar araştırmanın amacı açıklandı ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulandı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programında demografik veriler için tanımlayıcı testler, ölçek puanlarının hesaplanmasında ortalama ve bazı değişkenlerle ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Pearson Momentler Çarpımı, Durbin Watson testi, Collinerity analizi, Linear Regresyon analizi, Dunnet T3 Post Hoc testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Tablo 1. Araştırmaya Alınan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=57)

Tanıtıcı özellikler		Sayı	%
Yaş	45<	21	36.8
	45≥	36	63.2
Medeni durum	Evli	48	84.2
	Bekar	9	15.8
Eğitim	Okuryazar değil	7	12.3
	İlköğretim	36	63.2
	Lise	10	17.5
	Üniversite	4	7.0
Çalışma durumu	Çalışıyor	5	8.8
	Çalışmıyor	52	91.2
Kiminle yaşadığı	Tek başına	2	3.5
	Çekirdek aile	45	78.9
	Geniş aile	10	17.5
Gelir seviyesi	Alt	6	10.5
	Orta	51	89.5
Meme kanser tanısı alma yaşı	45<	23	40.4
	45≥	34	59.6
Uzak organ metastaz durumu	Var	9	15.8
	Yok	48	84.2
Kemoterapi	Evet	54	94.7
	Hayır	3	5.3
Radyoterapi	Evet	38	66.7
	Hayır	19	33.3
Mastektomi sonrası geçen süre	0-6 ay	9	15.8
	6 ay ≥	48	84.2
Kaç kez ameliyat olduğu	1	34	59.6
	2	19	33.3
	3	4	7.0
Sigara kullanma	Evet	8	14.0
	Hayır	49	86.0
Alkol kullanma	Evet	0	0
	Hayır	57	100.0
Evlilik süresi	1-10 yıl	3	6.4
	11-20 yıl	14	29.8
	21≥	30	63.8

Tablo 1 de araştırmaya alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulguları verilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması 49.34 idi % 63.2'sinin 45 yaş ve üzeri, % 84.2'sinin evli, % 63.2'sinin eğitim durumunun ilköğretim, % 91.2'sinin araştırmadığı, %78.9'unun çekirdek ailesi ile yaşadığı, %89.5'inin gelir durumunun orta seviyede, % 40.4'ünün 45 yaştan önce meme kanseri tanısı aldığı, %59.6'sının 45 yaş ve üzerinde meme kanseri tanısı aldığı, % 84.2'sinde uzak organ/doku metastazının olmadığı, % 94.7'sinin kemoterapi, % 66.7'sinin radyoterapi aldığı, %84.2'sinin mastektomi sonrası 6 ay ve üzeri süre geçtiğı, % 59.6'sının bir kez ameliyat olduğı, % 14'ünün sigara kullandığı, %100'ünün alkol kullanmadığı, % 63.8'inin evlilik süresinin 21 yıl ve üzeri olduğı görölmektedir.

Tablo 2. Hastaların Meme Kanseri Risk Faktörleri (N=57)

Meme kanseri risk faktörleri		n	%
Birinci derece akrabada meme kanseri	Evet	13	22.8
	Hayır	44	77.2
Menarş yaşı	12<	20	35.1
	13≥	37	64.9
Menopoza girme durumu	Evet	50	87.7
	Hayır	7	12.3
Menopoz yaşı(n=50)	55<	42	84.0
	55≥	8	16.0
HRT kullanma	Evet	9	15.8
	Hayır	48	84.2
Benign meme hastalığı (fibroadenom)	Var	21	36.3
	Yok	36	63.2
Çocuk	Var	54	94.7
	Yok	3	5.3
Çocuk sayısı(n=54)	1	4	7.4
	2≥	50	92.6
Çocuklar arasındaki doğum aralığı (yıl)	1-2 yıl	29	58.0
	2>	21	42.0
İlk doğum yaşı	24≤	44	81.5
	24>	10	18.5
Emzirme	Evet	52	96.3
	Hayır	2	3.7
OKS kullanma	Evet	14	24.6
	Hayır	43	75.4
OKS kullanma süresi	1 yıl	6	42.9
	2-3 yıl	5	35.7
	3>	3	21.4

Tablo 2 devamı. Hastaların Meme Kanseri Risk Faktörleri (N=57)

Risk faktörleri		n	%
BKİ	Normal	8	14.0
	Şişman	49	86.0
Egzersiz yapma durumu	Evet	9	15.8
	Hayır	48	84.2
Roll-on kullanma durumu	Evet	4	7.0
	Hayır	53	93.0

Tablo 2’ de kadınların meme kanseri risk faktörleri dağılımı görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların %22.8’inin birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunduğu, %35.1’inin menarş yaşının 12’den küçük olduğu, %87.7’sinin menopoza girdiği, %16’sının menopoza girme yaşının 55 yaş ve üzeri, %15.8’inin HRT aldığı, %36.8’inde selim meme hastalığı öyküsünün (fibroadenom) bulunduğu, %94.7’sinin çocuğunun bulunduğu, %7.4’ünün 1 çocuğu, %25.9’unun 2 çocuğu olduğu, %58’inin çocukları arasındaki doğum aralığı 1-2 yıl, %81.5’inin ilk doğum yaşı 24 yaş ve öncesi, %3.7’sinin çocuklarını emzirmediği, %24.6’sının OKS kullandığı, %21.4’ünün OKS kullanma süresinin 3 yıldan fazla, %86’sının BKİ göre şişman, %84.2’sinin egzersiz yapmadığı, %7’sinin roll-on kullandığı belirlendi.

Tablo 3. Hastaların FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Ölçek Min- Max	X±SD	Hasta Min- Max
Bedeni Durum	0-28	11.95±6.50	(0-28)
Faaliyet Durumu	0-28	16.47±6.02	(6-28)
Duygusal Durum	0-24	9.26±5.00	(2-21)
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	19.84±4.66	(8-27)
Diğer Endişeler	0-40	10.95±6.13	(2-30)
Toplam FACT-B	0-148	68.47±22.44	(28-117)
Toplam Beden imajı	40-200	121.61±21.96	(72-168)

Tablo 3’de hastaların FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde FACT-B’nin bedeni durum alt boyutunun puan ortalamasının 11.95±6.50, faaliyet durumu alt boyutunun puan ortalamasının 16.47±6.02, duygusal durum alt boyutunun puan ortalamasının 9.26±5.00, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunun puan ortalamasının 19.84±4.66, diğer endişeler alt boyutunun puan ortalamasının 10.95±6.13, FACT-B toplam puan ortalamasının 68.47±22.44 ve beden imajı toplam puan ortalamasının 121.61±21.96 olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Hastaların Yaşına Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Yaş		U	p
	45 < (n:21)	45 ≥ (n:36)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	14.76±6.956	10.31±5.691	230.50	.015
Faaliyet durumu	18.00±6.892	15.58±5.347	301.00	.201
Duygusal durum	9.86±5.489	8.92±4.741	355.00	.702
Sosyal yaşam ve aile durumu	20.14±5.062	19.67±4.472	348.00	.619
Diğer endişeler	12.10±6.196	10.28±6.083	306.50	.235
Toplam FACT-B	74.86±24.729	64.75±20.436	284.00	.120
Toplam Beden imajı	126.38±24.814	118.83±19.955	308.50	.250

Tablo 4 ‘te hastaların yaşına göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 45 yaş altı hastaların FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları 45 yaş ve üzeri hastalara göre daha yüksek olarak belirlendi. Hastaların yaşlarına göre, “bedeni durum” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) FACT-B diğer alt boyutları ile toplam puan ortalamaları ve beden imajı toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 5. Hastaların Medeni Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Medeni durum		Test/U	p
	Evli (n:48)	Bekar (n:9)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	12.44±6.480	9.33±6.305	152.500	.164
Faaliyet durumu	16.52±6.192	16.22±5.310	214.000	.965
Duygusal durum	9.23±5.280	9.44±3.358	197.500	.684
Sosyal yaşam ve aile durumu	19.94±4.914	19.33±3.122	187.500	.532
Diğer endişeler	10.96±6.448	10,89±4.372	201.500	.750
Toplam FACT-B	69.08±23.856	65.22±12.950	203.000	.776
Toplam beden imajı	122.17±21.792	118.67±23.964	195.000	.646

Tablo 5’te kadınların medeni durumuna göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları görülmektedir. Buna göre kadınların FACT-B’nin bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler, FACT-B toplam ile beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulundu.

Tablo 6. Hastaların Eğitim Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Eğitim durumu				KW	p	Fark
	Okur-yazar değil	İlköğretim	Lise	Üniversite			
	(n:7)	(n:36)	(n:10)	(n:4)			
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss			
Bedeni durum	7.14±3.024	11.92±6.733	14.50±4.478	14.25±9.912	6.442	.092	
Faaliyet durumu	15.00±3.697	16.33±6.507	17.60±5.211	17.50±7.895	1.045	.790	
Duygusal durum	7.71±3.251	9.00±4.986	10.90±6.082	10.25±5.315	1.058	.787	
Sosyal yaşam ve aile durumu	18.57±4.894	19.31±4.816	21.30±3.561	23.25±4.349	3.761	.288	
Diğer endişeler	8.71±5.678	9.69±5.137	14.40±7.106	17.50±7.141	8.149	.043	3-4>1-2
Toplam FACT-B	57.14±12.967	66.25±23.290	78.70±17.883	82.75±28.242	5.568	.135	
Toplam beden imajı	119.00±13.614	120.14±24.137	128.00±20.270	123.50±20.486	1.013	.798	

Tablo 6’da hastaların eğitim durumuna göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, hastaların eğitim durumlarına göre, FACT-B diğer endişeler alt boyut puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) iken bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam, aile durumu alt boyutları ile FACT-B toplam ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Hangi eğitim durumundaki hastalar arasında fark olduğunu anlamak amacı ile yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu, eğitimi lise ve üniversite olan hastaların, diğer endişeler puan ortalamasının diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 7. Hastaların Çalışma Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Çalışma durumu		U	p
	Çalışan(n:5)	Çalışmayan (n:52)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	18.40±4.219	11.33±6.364	45.000	0.016
Faaliyet durumu	22.60±5.177	15.88±5.799	47.000	0.019
Duygusal durum	14.40±4.615	8.77±4.792	50.500	0.024
Sosyal yaşam ve aile durumu	22.60±3.209	19.58±4.713	83.000	.184
Diğer endişeler	16.60±4.930	10.40±5.998	51.500	.026
Toplam FACT-B	94.60±18.119	65.96±21.304	37.500	.009
Toplam beden imajı	135.80±15.023	120.25±22.141	72.500	.105

U: Mann-whitney U

Tablo 7’de hastaların çalışma durumuna göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda çalışan hastaların bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, diğer endişeler ve FACT-B toplam puan ortalamalarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. FACT-B’nin bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, diğer endişeler, FACT-B toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu puan ortalamaları ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 8. Hastaların Yaşadığı Kişilere Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Yaşadığı kişiler			KW	p
	Tek (n:2)	Çekirdek (n:45)	Geniş (n:10)		
	X±Ss	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	4.00±2.828	12.27±6.600	12.10±5.859	3.490	.175
Faaliyet durumu	13.00±4.243	16.93±6.020	15.10±6.350	1.471	.479
Duygusal durum	9.50±.707	9.53±5.208	8.00±4.570	.967	.617
Sosyal yaşam ve aile durumu	20.00±5.657	20.18±4.319	18.30±6.093	.783	.676
Diğer endişeler	8.00±4.243	11.18±6.217	10.50±6.381	.551	.759
Toplam FACT-B	54.50±2.121	70.09±22.613	64.00±23.547	1.322	.516
Toplam beden imajı	92.00±7.071	123.67±21.010	118.30±24.680	4.801	.091

Tablo 8’de hastaların kiminle yaşadığına göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların kiminle yaşadığına göre, FACT-B’nin bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam, aile durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile FACT-B toplam ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu($p>0.05$).

Tablo 9. Hastaların Gelir Düzeyine Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Gelir düzeyi		U	p
	Alt (n:6)	Orta (n:51)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	7.17±4.070	12.51±6.525	81.500	.063
Faaliyet durumu	12.67±4.033	16.92±6.082	86.000	.081
Duygusal durum	7.50±3.507	9.47±5.136	127.500	.506
Sosyal yaşam ve aile durumu	17.67±6.377	20.10±4.428	117.500	.354
Diğer endişeler	6.83±3.251	11.43±6.230	83.000	.068
Toplam FACT-B	51.83±12.336	70.43±22.621	72.500	.036
Toplam beden imajı	107.50±16.233	123.27±22.070	86.500	.084

Tablo 9’da hastaların gelir düzeyine göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde gelir düzeyi orta olan hastaların FACT-B tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Tabloya göre, hastaların gelir düzeyine göre, FACT-B toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), FACT-B’nin bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları ile beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi($p>0.05$).

Tablo 10. Hastaların Kaç Yaşında Meme Kanseri Tanı Alma Yaşına Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Meme kanseri tanı alma yaşı		U	p
	45< (n:23)	45≥ (n:34)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	14.35±6.780	10.32±5.855	250.000	.022
Faaliyet durumu	17.78±6.815	15.59±5.338	318.000	.237
Duygusal durum	9.83±5.702	8.88±4.518	373.500	.775
Sosyal yaşam ve aile durumu	19.74±5.276	19.91±4.274	384.500	.916
Diğer endişeler	11.65±6.271	10.47±6.086	341.000	.414
Toplam FACT-B	73.35±25.209	65.18±20.079	313.000	.204
Toplam beden imajı	125.35±24.302	119.09±20.209	330.500	.325

Tablo 10’de hastaların meme kanseri tanı alma yaşına göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tabloya göre 45 yaş altında olan hastaların 45 yaş ve üstünde olan hastalara göre FACT-B’nin bedeni durum puan ortalamalarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). FACT-B faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 11. Hastaların Uzak Organ Metastaz Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Uzak organ metastaz		U	p
	Var (n:9)	Yok (n:48)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	10.00±5.958	12.31±6.589	176.000	.381
Faaliyet durumu	13.89±5.372	16.96±6.060	151.000	.154
Duygusal durum	7.67±3.905	9.56±5.161	169.500	.307
Sosyal yaşam ve aile durumu	19.78±5.019	19.85±4.645	213.500	.956
Diğer endişeler	11.00±5.657	10.94±6.275	209.000	.878
Toplam FACT-B	62.33±18.547	69.63±23.085	182.000	.457
Toplam beden imajı	115.00±14.526	122.85±22.995	174.500	.364

Tablo 11’de hastaların uzak organ metastaz durumuna göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda, hastaların uzak organ metastaz durumuna göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu($p>0.05$).

Tablo 12. Hastaların Kemoterapi Alma Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Kemoterapi		U	p
	Evet (n:54)	Hayır (n:3)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	11.93±6.607	12.33±5.033	76.500	.872
Faaliyet durumu	16.56±6.136	15.00±3.606	67.500	.628
Duygusal durum	9.17±4.886	11.00±7.937	72.500	.760
Sosyal yaşam ve aile durumu	19.98±4.660	17.33±4.726	53.500	.324
Diğer endişeler	11.09±6.144	8.33±6.506	62.000	.495
Toplam FACT-B	68.72±22.481	64.00±26.000	71.500	.734
Toplam beden imajı	121.19±22.003	129.33±24.090	67.500	.629

Tablo 12’de hastaların kemoterapi alma durumuna göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, hastaların kemoterapi alma durumuna göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutu, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 13. Hastaların Radyoterapi Alma Durumuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Radyoterapi		U	p
	Evete (n:38)	Hayır (n:19)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	11.68±6.568	12.47±6.501	331.500	.617
Faaliyet durumu	15.66±6.028	18.11±5.811	270.500	.124
Duygusal durum	8.34±4.462	11.11±5.616	256.000	.074
Sosyal yaşam ve aile durumu	19.97±4.653	19.58±4.788	344.000	.773
Diğer endişeler	10.29±6.049	12.26±6.252	276.000	.149
Toplam FACT-B	65.95±21.220	73.53±24.512	296.500	.275
Toplam beden imajı	122.11±22.141	120.63±22.164	358.500	.966

Tablo 13’de hastaların radyoterapi alma durumuna göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları görülmektedir. Tablo değerlendirildiğinde, hastaların radyoterapi alma durumuna göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 14. Hastaların Mastektomi Sonrası Geçen Süreye Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Mastektomi sonrası geçen süre		U	p
	0-6 ay (n:9)	6 ay ≥ (n:48)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	10.22±5.630	12.27±6.652	182.000	.456
Faaliyet durumu	14.00±4.637	16.94±6.173	156.500	.192
Duygusal durum	8.89±5.533	9.33±4.957	191.000	.583
Sosyal yaşam ve aile durumu	19.33±3.391	19.94±4.883	192.500	.606
Diğer endişeler	9.33±6.519	11.25±6.083	168.500	.297
Toplam FACT-B	61.78±20.136	69.73±22.822	173.500	.352
Toplam beden imajı	116.11±23.740	122.65±21.721	186.500	.518

Tablo 14’de hastaların mastektomi sonrası geçen süreye göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların mastektomi sonrası geçen süreye göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 15. Hastaların Kaç Kez Ameliyat Olduğuna Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

	Kaç kez ameliyat olduğu			KW	p
	1 (n:34)	2 (n:19)	3 (n:4)		
FACT-B alt Boyutları	X±Ss	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	13.50±6.440	9.89±6.082	8.50±6.351	5.367	.068
Faaliyet durumu	17.56±5.822	14.53±6.535	16.50±3.109	2.797	.247
Duygusal durum	10.00±4.824	8.21±5.564	8.00±3.162	2.319	.314
Sosyal yaşam ve aile durumu	20.03±4.563	19.63±4.913	19.25±5.500	.240	.887
Diğer endişeler	11.85±6.243	9.79±6.303	8.75±3.304	2.807	.246
Toplam FACT-B	72.94±21.220	62.05±24.823	61.00±13.736	3.700	.157
Toplam beden imajı	126.32±23.082	113.21±19.390	121.50±13.699	3.981	.137

Tablo 15’de hastaların kaç kez ameliyat olduğuna göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları görülmektedir. Tabloya göre hastaların kaç kez ameliyat olduğuna göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 16. Hastaların Sigara Kullanımına Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Sigara kullanma		U	p
	Evet (n:8)	Hayır (n:49)		
	X±Ss	X±Ss		
Bedeni durum	9.38±4.779	12.37±6.682	148.500	.281
Faaliyet durumu	11.63±5.041	17.27±5.830	88.000	.011
Duygusal durum	7.50±4.567	9.55±5.054	152.000	.324
Sosyal yaşam ve aile durumu	18.25±4.496	20.10±4.678	144.500	.242
Diğer endişeler	8.38±6.653	11.37±6.013	126.000	.111
Toplam FACT-B	55.13±20.308	70,65±22.200	117.500	.071
Toplam beden imajı	103.25±20.499	124.61±20.880	97.000	.022

Tablo 16’da hastaların sigara kullanımına göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi sigara kullanmayan hastaların sigara kullanan hastalara göre FACT-B faaliyet durumu alt boyutu ve beden imajı toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, hastaların sigara kullanımına göre FACT-B faaliyet durumu alt boyutu ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) iken, bedeni durum, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutu, FACT-B toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 17. Hastaların Evlilik Süresine Göre FACT-B ve Beden İmajı Puan Ortalamaları

FACT-B alt boyutları	Evlilik süresi			KW	p	Fark
	1-10 yıl (n:3)	11-20 yıl (n:14)	21 yıl ≥ (n:30)			
	X±Ss	X±Ss	X±Ss			
Bedeni durum	14.33±8.505	15.14±6.419	11.27±6.068	3.563	.168	
Faaliyet durumu	16.00±8.888	18.14±5.882	16.13±6.050	1.404	.496	
Duygusal durum	9.33±7.095	9.79±5.071	9.20±5.314	.233	.890	
Sosyal yaşam ve aile durumu	17.00±5.568	21.71±3.771	19.67±5.095	2.489	.288	
Diğer endişeler	7.00±5.196	16.29±6.366	9.13±5.138	13.612	.001	2>1-3
Toplam FACT-B	63.67±34.819	81.07±21.688	65.40±21.982	4.457	.108	
Toplam beden imajı	117.67±25.891	129.36±21.421	120.50±20.981	1.489	.475	

Tablo 17’de hastaların evlilik süresine göre FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların evlilik süresine göre, FACT-B diğer endişeler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ile FACT-B toplam ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). FACT-B diğer endişeler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın hangi evlilik süresinden kaynaklandığını anlamak amacı ile yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu, farkın evlilik süresi 11-20 yıl olan hastalardan kaynaklandığı görüldü.

Tablo 18. Hastaların Beden İmajı ile FACT-B Arasında Linear Regresyon Analizi

FACT-B alt boyutları	Bağımsız değişken	B	SE	β	t	p	F	Model (p)
a	Sabit	13.917	3.428		4.060	.000	58.767	.000
	Beden imajı	.213	.028	.719	7.666	.000		
b	Sabit	10.573	2.667		3.964	.000	106.110	.000
	Beden imajı	.222	.022	.812	10.301	.000		
c	Sabit	11.675	2.484		4.700	.000	73.320	.000
	Beden imajı	.172	.020	.756	8.563	.000		
d	Sabit	14.207	3.449		4.119	.000	2.756	.103
	Beden imajı	.046	.028	.218	1.660	.103		
e	Sabit	11.688	3.469		3.369	.001	43.937	.000
	Beden imajı	.186	.028	.666	6.629	.000		
f	Sabit	33.647	9.701		3.468	.001	114.356	.000
	Beden imajı	.840	.079	.822	10.694	.000		

Tablo 18’de hastaların beden imajı ile FACT-B arasındaki ilişki verilmiştir. Tablo incelendiğinde FACT-B bedeni durum alt boyutu ($\beta=.719$, $p<0.05$), faaliyet durumu alt boyutu ($\beta=.812$, $p<0.05$), duygusal durum alt boyutu ($\beta=.756$, $p<0.05$), diğer endişeler alt boyutu ($\beta=.666$, $p<0.05$) ve toplam FACT-B puanı ($\beta=.822$, $p<0.05$) ile beden imajı arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu, sosyal yaşam ve aile durum alt boyutu ile beden imajı arasında ilişkinin anlamlı olmadığı saptandı ($\beta=.218$, $p>0.05$).

Tablo 19. Hastaların Bazı Özellikleri ile FACT-B ve Beden İmajı Arasında Multipl Regresyon Analizi

Bağımsız değişkenler	FACT-B					Beden imajı				
	B	SE	β	t	p	B	SE	β	t	p
Sabit	11.205	49.217		.228	.821	67.701	49.949		1.355	.183
Yaş	.120	.537	.048	.224	.824	-4.446	9.577	-.103	-.464	.645
Eğitim düzeyi	9.990	4.543	.325	2.199	.034	2.262	4.586	.080	.493	.625
Gelir seviyesi	13.566	12.665	.164	1.071	.291	10.354	13.066	.137	.792	.433
Mastektomi sonrası süre	11.681	10.889	.180	1.073	.290	13.093	10.890	.221	1.202	.237
Evlilik süresi	-4.162	7.653	-.110	-.544	.590	-.298	7.382	-.009	-.040	.968
Kemoterapi	-4.128	20.158	-.036	-.205	.839	24.423	19.456	.234	1.255	.217
Radyoterapi	9.690	7.525	.196	1.288	.206	-.698	7.527	-.015	-.093	.927
R	.501 ^a					.322 ^a				
F	1.594					.548				
P	.159					.813				

a. Bağımlı değişken: FACT-B

Tablo 19’da hastaların bazı özellikleri ile FACT-B ve beden imajı arasındaki lineer regresyon analizi görülmektedir. Buna göre hastaların yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir düzeyi, mastektomi sonrası geçen süre, evlilik süresi, kemoterapi ve radyoterapi durumu değişkenleri ile FACT-B ile anlamlı bir ilişki vermediği ($R=.501$, $p>0.05$), yalnızca eğitim düzeyi değişkeninin FACT-B üzerinde orta düzeyde anlamlı olduğu belirlendi. Beden imajı puan ortalaması ile hastaların değişkenleri arasında yapılan basit doğrusal regresyon sonucu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($R=.322$, $p>0.05$).

Tablo 20. FACT-B ve Beden İmajı Ölçeklerinin Cronbach Alfa Katsayısı

Ölçekler	Cronbach-α	Madde sayısı
Bedeni durum boyutu	.870	7
Faaliyet durumu boyutu	.777	7
Duygusal durum boyutu	.781	6
Sosyal yaşam ve aile durumu boyutu	.901	7
Diğer endişeler boyutu	.670	10
Yaşam kalitesi toplam	.926	37
Beden imajı toplam	.884	40

4. TARTIŞMA

Günümüzde, meme kanseri vakalarında, uygun tedavi yöntemleri ile sağ kalım oranları artmıştır. Ancak bilindiği gibi en iyi tedavilerin bile yan etkileri bulunmaktadır. Her birey bu yan etkileri farklı şekilde yaşasa da, konu ile ilişkili literatürde meme kanserli kadınların kanser tanısı ve temel olarak cerrahi içeren kombine tedavisinin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkilere neden olabildiği bildirilmektedir (Chow ve ark., 2016). Bu araştırma meme kanserli kadınlarda mastektominin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek üzere yapıldı.

Meme kanseri gelişimine neden olan birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Sunulan araştırmada kadınlar meme kanseri risk faktörleri yönünden değerlendirildiğinde %22.8'inin birinci derece akrabasında meme kanseri bulunduğu, çoğunluğunun şişman oldukları ve düzenli fiziksel egzersiz yapmadıkları, diğer risk faktörlerine ise düşük oranda sahip oldukları belirlendi. Tanımlanmış risk faktörleri içinde ailede meme kanseri öyküsü bulunması değiştirilemeyen en güçlü risk faktörlerinden birisidir (Czene et al., 2009). Ancak bu araştırmada kadınların tamamının ailesinde meme kanseri bulunmaması literatürde yer alan meme kanseri olan kadınların ancak %10-15'inde aile öyküsü bulunduğu ve meme kanseri risk faktörü taşımayan kadınlarda da meme kanseri gelişebileceği bilgisini doğrulamaktadır. Literatürde meme kanserine neden olan tek bir faktör olmadığı, ancak ailede meme kanseri olan birinci derece akrabasının tanı aldığı yaş ve sayısı, şişmanlık ve fiziksel inaktivite gibi bazı risk faktörlerinin meme kanseri gelişiminde önemli rolü olduğu belirtilmektedir. Bu araştırmanın sonucu araştırmadaki kadınların meme kanserinin bu risk faktörlerinden bazılarına sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Meme kanseri ve kombine tedavilerin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi farklıdır. Sunulan araştırmada kadınların beden imajı ölçek toplam puan ortalamasının orta ($X=121.61\pm21.96$), yaşam kalitesi puan ortalamasının ise düşük ($X=68.47\pm22.44$) ve yapılan linear regresyon analizleri sonucuna göre beden imajı ile yaşam kalitesi arasında ileri düzeyde aynı yönde ilişki olduğu belirlendi. Mastektomi sonrası kadınların beden imajı düzeyini belirlemek üzere yapılan bir araştırmada (Esmaili ve ark., 2010) kadınların %44.4'ünün beden imajı düzeyinin sunulan araştırma sonucu ile benzer şekilde orta

düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bagheri ve Mazaheri (2015) tarafından sağlıklı ve meme kanserli kadınların yaşam kalitesi ve beden imajı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir başka araştırmada da sunulan araştırmanın sonucuna paralel olduğu, yaşam kalitesi ile beden imajı arasında önemli derecede direkt ilişki olduğu belirlenmiştir. Falk ve arkadaşları (2010) araştırmalarında mastektomi yapılan meme kanserli kadınlarda sağlık algısı, kronik yorgunluk ve mental distress ve hastalığa bağlı düşük yaşam kalitesinin kötü beden imajı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Bir başka araştırmada da (Fallbjörk ve ark., 2013) meme kanserli kadınların çekicilik duyguları, bedenlerini nasıl değerlendirdikleri ve kadınlık duygularının, mastektomi sonrası 10. aydan 3 yıla kadar cerrahi sonrası 2 yıl boyunca değişmediği saptanmıştır. Bir araştırmada da (King ve ark. 2000) evli ve genç kadınlarda mastektominin beden imajını olumsuz etkilediği rapor edilmiştir. Uçar ve Uzun(2008), Anagnostopoulos ve Myrghianni (2009), Jun ve ark (2011), Bakhta ve Najafi (2010) tarafından yapılan araştırmalarda da meme kanserli kadınların beden imajının düşük olduğu belirlenmiştir.

Günümüzde meme kanserli kadınların %80'ninden daha fazlasının 5 yıldan daha fazla yaşadıkları, bu nedenle bu hastalarda yaşam kalitesinin önemli bir konu olduğu (Sun ve ark., 2014) ve bu hastaların beden imajından memnuniyeti ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişkili olduğu bildirilmektedir (Falk ve ark. 2010). Kim ve ark. (2015) tarafından meme kanser cerrahisi sonrası yaşam kalitesini belirlemek üzere yaptıkları araştırmada beden imajının yaşam kalitesinin tüm boyutları üzerinde anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Begovic-Juhant ve arkadaşları (2012) meme kanserli kadınlar arasında beden imajının yaşam kalitesi ve depresyon üzerinde etkisini belirlemek üzere yaptıkları araştırmada beden imajındaki değişikliklerin kadınların cazibe ve kadınlık algılarındaki değişimden dolayı yaşam kalitesi ve iyilik düzeyinin etkilendiğini göstermişlerdir. Manandhar ve arkadaşları (2014) tedavi gören meme kanserli hastaların yaşam kalitesinin belirlemek üzere yaptıkları araştırmada, yaşam kalitesinin beden imajı, aylık gelir, cerrahi tipi, tedavi tipi, kanser aşaması ve sosyal destek ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Meme kanserli kadınların yaşam kalitesini belirlemek üzere yapılan diğer araştırmalarda kadınların sosyal fonksiyonun en iyi emosyonel fonksiyonun en düşük, en kötü puanın beden imajı, en kötü semptomun saç kaybı olduğu (Abu-Helalah ve ark., 2014) kadınların en belirgin olarak rol fonksiyonlarının

yanı sıra emosyonel ve sosyal fonksiyonları olmak üzere yaşam kalitesinin tüm boyutlarının etkilendiği (Gavric ve Vukovic-Kostic, 2016) tanı sonrası geçen zaman ve metastazın bulunduğu yerin yaşam kalitesini etkilediği ve bu etkinin en çarpıcı olarak düşük ya da yüksek beden imajı olanlarda görüldüğü ve beden imajının kısa yaşam beklentisi olan bireylerde bile son derece etkili olduğu belirlenmiştir (McClelland ve ark., 2015).

Sunulan araştırmada evli kadınların FACT-B'nin toplam ve tüm alt boyut ve beden imajı puan ortalamalarının bekar kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Evli insanların bekarlara göre daha sağlıklı ve daha uzun yaşadıkları, kanser gibi kronik bir hastalığı olan evli kişilerin hayatta kalma avantajı olduğu belirtilmektedir (Osborne ve ark.,2005). Meme kanserli kadınlarda beden imajı, yaşam kalitesi ve sosyal desteğin değerlendirildiği bir araştırmada (Spatuzzi ve ark., 2016), sosyal desteğin, özellikle aile ve önemli diğer kişilerin hastaların beden imajı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilmiş sonuç, evli kadınların eş, çocuklar gibi sosyal destek gücünün daha yüksek olmasından dolayı yaşam kalitesi ve beden imajı puan ortalamalarının yüksek olduğu şeklinde düşünülebilir.

Bu araştırmada evlilik süresi 11-20 yıl olan kadınların yaşam kalitesi ve beden imajı puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek olduğu ancak, gruplar arasında FACT-B'nin diğer endişeler alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı, diğer boyutlarda anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Çalışmadan elde edilmiş bu sonuç evliliğin ilk yıllarında kadınların seksüel olarak aktif olması, 21 yıl ve üzeri evli olan kadınlarda ise yaşın getirdiği bedensel değişikliklere kanser ve mastektominin eklenmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada kadınların toplam FACT-B ve tüm alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyi arttıkça arttığı, beden imajının ise lise eğitimi almış kadınlarda diğer iki eğitim grubunda yer alan kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü. FACT-B'nin diğer endişeler alt boyutu grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) diğer boyutlar ve beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildi ($p>0.05$). Araştırmadan elde edilmiş bu sonuç, eğitimin hastalığın, tedavisinin araştırıp öğrenmeyi sağladığı ve bu bağlamda baş etmeyi güçlendirdiği söylenebilir. Sosyokültürel, eğitim ve ekonomik durum, hastaların beden imajı üzerinde önemli etkiye sahip olabilir.

Sunulan araştırmanın sonuçları çalışan kadınların FACT-B'nin toplam ve tüm alt boyutları ile beden imajı toplam ölçek puan ortalamalarının çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğunu FACT-B sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ile beden imajı arasında istatistiksel farkın anlamlı olmadığını, diğer boyutlar arasında anlamlı olduğunu gösterdi ($p < 0.05$). Konu ile ilişkili yapılan bir çalışmada da (Ganesh ve ark. 2016) bu araştırmanın bulgusuna paralel olarak çalışan kadınların yaşam kalitelerinin çalışmayanlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Sunulan çalışmada çekirdek aile ile yaşayan kadınların FACT-B toplam ve tüm alt boyutları ve beden imajı puan ortalamalarının tek ve geniş aile ile yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak grup puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olmadığı görüldü. Bunun kadınların sayısından kaynaklandığı söylenebilir.

Meme kanserli kadınlarda yaş ve tedavi tipinin beden imajı üzerinde önemli etkileri bulunduğu, genç kadınlarda düşük beden imajının fiziksel ve psikolojik sıkıntıya neden olduğu için yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir (Paterson ve ark. 2015; Chow 2016). Bu çalışmada 45 yaştan küçük kadınların FACT-B'nin toplam ve tüm alt boyutları ile beden imajı puan ortalamasının 45 yaş ve üzeri kadınlardan daha yüksek olduğu saptandı. Ancak yaş grupları arasında FACT-B'nin bedeni durum alt boyutu dışında diğer boyutları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu sonuç genç yaşta olan bireylerin daha ileri yaşta olan hastalara göre bedensel yapılarının güçlü olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Meme kanserli kadınların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda bu çalışmanın bulgusuna ters olarak genç yaşta kadınların tümör tekrarı ve anksiyete (Jessica ve ark., 2012), infertilite ve menopozal semptomlar (Howard-Anderson ve ark., 2012) ve çalışma durumu (Ganesh ve ark., 2016) nedenleri ile yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görülmüştür. Beden imajının, kanserli hastalar için görünüş ve fonksiyonlarındaki önemli değişikliklerden dolayı psikososyal olarak kritik bir konu olup yaş ile yakından ilişkili olduğu (Pelusi, 2006; Fobair ve ark., 2006), bu nedenle genç yaşta mastektomi yapılmasının beden imajı endişesini arttırdığı belirlenmiştir. Chen ve arkadaşları (2012). Meme kanserli genç kadınların psikososyal problemlerinin incelendiği bir çalışmada da (Avis, 2004), mastektomi sonrası kadınların tamamının beden imajı ile ilişkili önemli sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Meme kanseri ile tanılanmış 22-50 yaş kadınlar arasında tedavi sonrası ilk ayda beden

imajı ve seksüel problemleri belirlemek üzere yapılan bir başka araştırmada (Fobair ve ark., 2006) seksüel olarak aktif kadınların yarısının mastektomi ve olası rekonstriksiyon, kemoterapiden saç kaybı, kilo alma ya da verme endişesi, kötü mental sağlık, düşük benlik saygısı ve eşinin duygularını anlama güçlüğü ile ilişkili beden imajı sorunları yaşadığı belirlenmiştir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre uzak organ metastazı olan kadınların olmayanlara göre FACT-B'nin diğer endişeler alt boyutu dışında toplam ve tüm alt boyutları ile beden imajı puan ortalamaları daha düşüktü ve istatistiksel olarak gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Bu sonuç kadınların sayısından kaynaklanmış olabilir. Meme kanseri lokal bir hastalık olarak başlar ancak lenf nodları ve uzak organlara metastaz yapabilir. Bilindiği gibi meme kanserinden ölümler metastaz nedeni ile oluşmaktadır. Bu nedenle kadınlarda metastaz olan organa göre değişmekte birlikte semptomların tekrar ortaya çıkması hastalığın iyileşmediği endişesi kadınların yaşam kalitesi ve beden imajının bozulmasına neden olduğu söylenebilir.

Sunulan araştırmada mastektomi sonrası kemoterapi alan kadınların FACT-B'nin toplam, faaliyet durumu, sosyal yaşam ve aile durumu ile diğer endişeler alt boyut puan ortalamaları kemoterapi almayanlara göre daha yüksek, beden imajı puan ortalaması daha düşüktü. Ancak istatistiksel olarak puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Kemoterapi çoğunlukla cerrahi sonrası kanser hücrelerini yok etmek kanserin tekrarlamasını önlemek ve mortaliteyi azaltmak amacı ile uygulanmaktadır. Meme kanseri olan, 50 yaşın altındaki kadınlarda kemoterapinin 15 yıllık sağ kalım oranını %10 arttırdığı, yaşlı kadınlarda artış %3 olmakla birlikte kemoterapi, hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen geniş, akut ve uzun vadeli yan etkilere sahiptir (Weigelt ve ark., 2005). Kemoterapinin birincil hedefi hayatta kalma süresinin uzatılması olmayı sürdürse de hastaların mide bulantısı, kusma, saç dökülmesi, yorgunluk ve cinsel işlev bozukluğu gibi fiziksel yan etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli kognitif disfonksiyon yaşadıkları belirtilmektedir (Kayl ve meyers, 2006; Von Ah ve ark., 2012). Araştırmalarda kemoterapinin östrojen dengesizlikleri amenore ve infertiliteye (Jessica ve ark., 2012) neden olmasından dolayı premenapozal kadınlarda postmenapozal kadınlara göre yaşam kalitelerinin anlamlı şekilde kötü olduğu belirlenmiştir (Ganesh ve ark. 2016, Fobair 2006).

Garcia ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir araştırmada da meme kanseri nedeni ile kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür. Bir araştırmada da (DeFrank ve ark., 2007) memesinin en az biri alınmış ve kemoterapi gören kadınların, sağlıklı kadınlara kıyasla beden imajı açısından önemli fark olduğu belirlenmiştir.

Sunulan araştırmada radyoterapi alan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının almayanlara göre düşük, beden imajı puan ortalamasının yüksek olduğu görüldü. Radyoterapinin yan etkileri kemoterapinin yan etkileri kadar ciddi olmamakla birlikte radyoterapinin uygulandığı meme etrafında kızarıklık, şişlik gibi yan etkilerin ve kanser olma duygusunun kadınların yaşam kalitesi ve beden imajı üzerinde olumsuz etki yarattığı söylenebilir.

Bu araştırmada mastektomiden sonra 6 ay ve sonrası süre geçmiş kadınların FACT-B toplam ve tüm alt boyutları ile beden imajı puan ortalamalarının 0-6 ay süre geçenlerden daha yüksek olduğu ancak, istatistiksel olarak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($p>0.05$). Araştırmadan elde edilmiş bu sonuç ameliyat sonrası kadınların meme kanseri ve tedavisinin sonuçları ile baş edebilmesi için belirli bir zaman, en az 6 ay geçmesi gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Sunulan araştırmada kadınların meme kanseri nedeni ile birden fazla ameliyat olmasının FACT-B faaliyet durumu dışında toplam ve diğer alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek, beden imajı puan ortalamasının 2 ameliyat geçiren kadınlarda diğer iki gruba göre daha düşük olduğu belirlendi. Kadınların ikinci ameliyatlarında FACT-B'nin faaliyet alt boyutunun yüksek olması bu boyutta yer alan (iş ve evinde olmaktan memnun, hastalığını kabullenme, uyuyabilme ve yaşamdan zevk alma) durumların farkına varmış olması ya da ameliyat ve tedaviler ile ilişkili bireysel ve sosyal baş etme yöntemleri geliştirmiş olmasından kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte ikinci kez ameliyat olanların beden imajının düşük olması doku ve fonksiyon kaybının artmış olmasına bağlanabilir.

Bu araştırmada sigara içen kadınların FACT-B toplam ve tüm alt boyutları ve beden imajı puan ortalamalarının içmeyenlerden düşük olduğu, faaliyet durumu ve beden imajı puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Sigara tütünü içmenin yalnızca meme kanseri için değil birçok kanser için karsinogenik olduğu iyi bilinmektedir. Sigaranın karsinoje-

nik etkisi içinde bulunan hidrokarbonlardan kaynaklanmaktadır. Bu konuda yapılan prospektif kohort araştırmalarda sigara içiminin, özellikle nispeten erken dönemde başlatıldığında ve uzun süre içildiğinde, meme kanseri etyolojisinde önemli bir rol oynayabileceği Cui ve arkadaşları (2006), postmenapozal aktif ve pasif sigara içimi (Luo ve ark., 2011) artan ve önceki sigara içme ile meme kanseri arasında ilişki bulunduğu, aile geçmişi olmayan veya geç menarş olanlarda riskin arttığı (Nyante ve ark., 2014) rapor edilmiştir.

Meme kanseri için uygulanan cerrahi tedaviler sıklıkla hastaların fiziksel görünüşlerinde değişikliklerle sonuçlanır (Kim ve ark., 2015). Bu konuda meme koruyucu ve mastektomi yapılan araştırmalarda; mastektomi yapılan kadınların beden imajının daha kötü, yaşam kalitesinin benzer olduğu (Nowicki ve ark.,2015), meme ucu ve areola korunan kadınların deri koruyucu mastektomi yapılan kadınlara göre beden imajı ve seksüel fonksiyonlarının daha iyi olduğu (Metcalf ve ark., 2015), meme koruyucu cerrahi yapılan kadınların mastektomi ve mastektomi ile birlikte rekonstriksiyon yapılan kadınlara göre beden imajının daha iyi olduğu (Spatuzzi ve ark., 2016) saptanmıştır. Meme kanser cerrahisi sonrası cerrahi teknik (Sun ve ark., 2014) ve kozmetik sonuçların (Kim ve ark., 2015) yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan araştırmalarda meme koruyucu cerrahi yapılan kadınların total mastektomi sonrası rekonstriksiyon yapılan ve total mastektomi yapılanlara göre beden imajı, sosyal ve rol fonksiyonu, ağrı, yorgunluk ve kol semptomlarının (Kim ve ark., 2015), duygusal ve sosyal fonksiyon, bulantı/kusma, maddi zorluk, beden imajı, kol semptomları ve benlik saygısının daha iyi sonuçlar gösterdiği bulunmuştur.

Bu araştırmada ekonomik durumu düşük olan kadınların orta olanlara göre yaşam kalitesi ve beden imajı puan ortalamalarının düşük olduğu ve toplam FACT-B puan ortalaması arasındaki farkın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Ekonomik durum insanların yaşam kalitesi ve gereksinimlerini karşılamada önemli olduğu, gereksinimlerini sıkıntısız karşılama durumunun da bireylerin kendisini iyi hissetmesini sağlayacağı için beden imajını da olumlu olarak etkileyeceği düşünülebilir.

Sonuç olarak meme kanseri ve tedavisinin kadınların yaşam kalitesi ve beden imajı üzerinde oldukça önemli etkileri olduğu, bu nedenle bu hastalara yaşam kalitesi ve beden imajı üzerinde olumlu değişimler oluşturabilecek bakımın planlanması gerektiği söylenebilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması 49.34 idi, % 63.2'sinin 45 yaş ve üzeri, % 84.2'sinin evli, % 63.2'sinin eğitim durumunun ilköğretim, % 91.2'sinin araştırmadığı, %78.9'unun çekirdek ailesi ile yaşadığı, %89.5'inin gelir durumunun orta seviyede, % 40.4'ünün 45 yaştan önce meme kanseri tanısı aldığı, %59.6'sının 45 yaş ve üzerinde meme kanseri tanısı aldığı, % 84.2'sinde uzak organ/doku metastazının olmadığı, % 94.7'sinin kemoterapi, % 66.7'sinin radyoterapi aldığı, %84.2'sinin mastektomi sonrası 6 ay ve üzeri süre geçtiği, % 59.6'sının bir kez ameliyat olduğu, % 14'ünün sigara kullandığı, %100'ünün alkol kullanmadığı, % 63.8'inin evlilik süresinin 21 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir (**Tablo 1**).
2. Araştırmaya alınan kadınların %22.8'inin birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunduğu, %35.1'inin menarş yaşının 12'den küçük olduğu, %87.7'sinin menopoza girdiği, %16'sının menopoza girme yaşının 55 yaş ve üzeri, %15.8'inin HRT aldığı, %36.8'inde selim meme hastalığı öyküsünün (fibroadenom) bulunduğu, %94.7'sinin çocuğunun bulunduğu, %7.4'ünün 1 çocuğu, %25.9'unun 2 çocuğu olduğu, %58'inin çocukları arasındaki doğum aralığı 1-2 yıl, %81.5'inin ilk doğum yaşı 24 yaş ve öncesi, %3.7'sinin çocuklarını emzirmedeği, %24.6'sının OKS kullandığı, %21.4'ünün OKS kullanma süresinin 3 yıldan fazla, %86'sının BKİ göre şişman, %84.2'sinin egzersiz yapmadığı, %7'sinin roll-on kullandığı belirlendi (**Tablo 2**).
3. FACT-B'nin bedeni durum alt boyutunun puan ortalamasının 11.95 ± 6.50 , faaliyet durumu alt boyutunun puan ortalamasının 16.47 ± 6.02 , duygusal durum alt boyutunun puan ortalamasının 9.26 ± 5.00 , sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunun puan ortalamasının 19.84 ± 4.66 , diğer endişeler alt boyutunun puan ortalamasının 10.95 ± 6.13 , FACT-B toplam puan ortalamasının 68.47 ± 22.44 ve beden imajı toplam puan ortalamasının 121.61 ± 21.96 olduğu görülmektedir (**Tablo 3**).
4. Araştırmaya alınan 45 yaş altı kadınların FACT-B ve beden imajı puan ortalamaları 45 yaş ve üzeri hastalara göre daha yüksek olarak belirlendi. Hastaların yaşlarına göre, FACT-B bedeni durum puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu ($p<0.05$) FACT-B diğer alt boyutları ile toplam puan ortalamaları ve beden imajı toplam puanı arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (Tablo 4).

5. Araştırmaya alınan kadınların medeni durumu FACT-B'nin bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler, FACT-B toplam ile beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulundu (Tablo 5).
6. Araştırmaya alınan kadınların eğitimi lise ve üniversite olanların, FACT-B diğer endişeler alt boyut puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) iken bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam, aile durumu alt boyutları ile FACT-B toplam ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulundu (Tablo 6).
7. Araştırmaya alınan çalışan kadınların çalışmayanlara göre FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum ve diğer endişeler alt boyutu ve toplam FACT-B ile anlamlı olduğu ($p<0.05$), sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulundu (Tablo 7).
8. Araştırmaya alınan kadınların kiminle yaşadığına göre, FACT-B'nin bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam, aile durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile FACT-B toplam ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p>0.05$) bulundu (Tablo 8).
9. Araştırmaya alınan kadınların gelir düzeyine göre, FACT-B toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), FACT-B'nin bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları ile beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (Tablo 9).
10. Araştırmaya alınan kadınların meme kanseri tanısı alma yaşının 45 yaş altında olanların 45 yaş ve üstünde olanlara göre FACT-B'nin bedeni durum puan ortalamalarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) görülmektedir. FACT-B faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (Tablo 10).

11. Araştırmaya alınan kadınların uzak organ metastaz durumuna göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulundu (**Tablo 11**).
12. Araştırmaya alınan kadınların kemoterapi alma durumuna göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutu, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (**Tablo 12**).
13. Araştırmaya alınan kadınların radyoterapi alma durumuna göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutu, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (**Tablo 13**).
14. Araştırmaya alınan kadınların mastektomi sonrası geçen süreye göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutu, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (**Tablo 14**).
15. Araştırmaya alınan kadınların kaç kez ameliyat olduğuna göre, FACT-B bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutu, FACT-B toplam, beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (**Tablo 15**).
16. Sigara kullanmayan kadınların sigara kullanan hastalara göre FACT-B faaliyet durumu alt boyutu ve beden imajı toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, hastaların sigara kullanımına göre FACT-B faaliyet durumu alt boyutu ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) iken, bedeni durum, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutu, FACT-B toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (**Tablo 16**).
17. Araştırmaya alınan kadınların evlilik süresine göre, FACT-B diğer endişeler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), bedeni durum, faaliyet durumu, duygusal durum, sosyal yaşam ve sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ile FACT-B toplam ve beden imajı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ol-

madığı ($p>0.05$) bulundu. Farkın evlilik süresi 11-20 yıl olan hastalardan kaynaklandığı görüldü (**Tablo 17**).

18. Kadınların FACT-B ve beden imajı arasında yapılan linear regresyon analizinde, FACT-B bedeni durum alt boyutu ($\beta=.719$, $p<0.05$), faaliyet durumu alt boyutu ($\beta=.812$, $p<0.05$), duygusal durum alt boyutu ($\beta=.756$, $p<0.05$), diğer endişeler alt boyutu ($\beta=.666$, $p<0.05$) ve toplam FACT-B puanı ($\beta=0.822$, $p<0.05$) ile beden imajı arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu, sosyal yaşam ve aile durum alt boyutu ile beden imajı arasında ise zayıf ilişki olduğu ve ilişkinin anlamlı olmadığı ($\beta=0.218$, $p>0.05$) saptandı (**Tablo 18**).
19. Kadınların bazı özellikleri ile beden imajı ve yaşam kaltesi arasındaki multiple regresyon analizinde, kadınların yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir düzeyi, mastektomi sonrası geçen süre, evlilik süresi, kemoterapi ve radyoterapi durumu ile FACT-B ile anlamlı bir ilişki olmadığı ($R=.501$, $p>0.05$), yalnızca eğitim düzeyi ile FACT-B arasında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (**Tablo 19**).

6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Bu araştırmada mastektomili kadınların beden imajlarının ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği ve kadınların beden imajının bozulmasının yaşam kalitesini de bozduğu belirlendi. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Mastektomi yapılmış kadınların beden imajı ve yaşam kalitelerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Sağlık çalışanlarının, mastektomi yapılmış kadınların psikososyal, fiziksel, sosyal, spiritüel ve ekonomik açılardan sorunlar yaşadıklarını bilmeleri ve eşi/ailesi ile iş birliği içinde hastaya özgü bütüncül bakım planlamaları,
- Mastektomi yapılmış kadınların beden imajı ve yaşam kalitelerini iyileştirecek teröpatik uygulamaların etkinliğini gösteren deneysel araştırmaların yapılması,
- Daha geniş gruplarla araştırmanın tekrarı önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Abu-Helalah, M., Al-Hanaqta, M., Alshraideh, H., Abdulbaqi, N., Hijazeen, J. (2014). Quality Of Life and Psychological Well-Being of Breast Cancer Survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev.*, Vol. 15, 5927–5936
2. Ağalar, C. (2013). Ratlarda Mastektomi ve Aksiller Diseksiyon Sonrası Porcine Dermal Kollajen Kullanımının Seroma Oluşumuna Etkisi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
3. Akyolcu, N. (2008). Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (2), 77-83
4. Allen, J, Burrell, C., Caplice, C., Collins, D., McGreal, P., Purcell, J. (2013). Breast Cancer, *Oncology*.
5. American Cancer Society (2016). *Cancer facts and figures 2016*. Atlanta. Detailed Guide: Breast Cancer. Last Medical Review: 06.01.2016
6. American Cancer Society (2016). Signs and Symptoms of Breast Cancer <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-signs-symptoms> Last Medical Review: 06.01.2016.
7. American Joint Committee on Cancer (AJCC), (2016). What is Cancer Staging. file:///C:/Users/user/Desktop/meme%20kanseri%20kaynak/AJCC%20-%20What%20is%20Cancer%20Staging_.html
8. Amir, E., Evans, D.G., Shenton, A., Lalloo, F., Moran, A., Boggis, C., Wilson, M., Howell, A. (2003). Evaluation of Breast Cancer Risk Assessment Packages in The Family History Evaluation and Screening Programme, *J Med Genet*, 40, 807–814
9. Amir, E., Freedman, C.O., Seruga, B., Evans, G.D. (2010). Assessing Women at High Risk of Breast Cancer: A Review of Risk Assessment Models, *J Natl Cancer Inst*, 102, 680–691
10. Anagnostopoulos, F., Myrghianni, S. (2009). Body Image of Greek Breast Cancer Patients Treated with Mastectomy or Breast Conserving Surgery, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16 (4); 311-321
11. Arab, A., Orakcı, V., Erbilien M., Şahin, M. (1994). Yara İyileşmesi, *Journal of Turgut Özal Medical Center*, 1 (2), 160-166.

12. Aslam, M. S., Naveed, S., Ahmed, A., Abbas, Z., Gull, I., Athar, M. A. (2014). Side Effects of Chemotherapy in Cancer Patients and Evaluation of Patients Opinion about Starvation Based Differential Chemotherapy, *Journal of Cancer Therapy*, 5, 817-822.
13. Aydın, O.N. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3 (2), 37-48
14. Aydoğan, T., Cakcak, E., Şimşek, O., Erginöz, E., Aydoğan, F., Hatipoğlu, S., Kapan, S. (2013). Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanserine Etkisi, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 9 (4), 176-182
15. Bagheri, M., Mazaheri, M. (2015). Body Image and Quality of Life in Female Patients with Breast Cancer and Healthy Women, *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(1), 285-292
16. Bahrami, M., Balouchestani, E., Amini, A., Eghbali, M. (2010). Assessing The Effect of Two Praying Methods on The Life Quality of Patients Suffering From Cancer Hospitalized At Seyedo Shohada Medical Center of Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 15 (Suppl 1), 296-301
17. Bakht, S., Najafi, S. (2010). Body İmage and Sexual Dysfunctions: Comparison Between Breast Cancer Patients and Healthy Women, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1493–497
18. Baykal, Y.B., Atay, T., Kocadal, O. (2013). Donuk/Donmuş Omuz. *TOTBİD Dergisi*, 379–384
19. Begovic-Juhant, A., Chmielewski, B.A., Iwuagwu, S., Chapman, L.A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer, *Journal of Psychosocial Oncology*, 30 (4), 446-460.
20. Boice, J.D. Jr., Preston, D., Davis, F.G., Monson, R.R. (1991). Frequent Chest X-Ray Fluoroscopy and Breast Cancer İncidence Among Tuberculosis Patients in Massachusetts, *Radiat Res*, 125 (2), 214-22.
21. Brady, M.J., Cella, D.F., Mo, F., Bonomi, A.E., Tulsky, D.S., Lloyd, S.R., Deasy, S., Cobleigh, M., Shiimoto, G. (1997). Reliability and Validity of The Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality-of-Life Instrument *Journal of Clinical Oncology*, 15 (3), 974-86

22. Brennan, M.J., DePompolo, R.W., Garden, F.H. (1996). Focused Review: Postmastectomy Lymphedema. Arch Phys Med Rehabil, 77 (3 suppl), S74–80
23. Brennan, M.J., Miller, L.T. (1998). Overview of Treatment Options and Review of The Current Role and Use Of Compression Garments, Intermittent Pumps, and Exercise in The Management of Lymphedema. Cancer, 83 (12 Suppl American), 2821–7.
24. Brunicardi, F.C., Anderson, D.K., Biliar, T.R., Dunn, D.L., Hunter, J.G., Matthews, J.B., Pollock, R.E. (2016). Schwartz Cerrahinin İlkeleri, (Çeviri: Özmen M.M.) Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 497-554
25. Burroes, N. (2013). Body Image-A Rapid Evidence Assessment of The Literature. A project on behalf of the Government Equalities Office.
26. Büyükkıncak, S., Yürüker, S., Koca, B., Kesicioğlu, T., Çınar, H., Eken, H., Karabıçak, İ., Özen, N. (2014). Meme Koruyucu Cerrahi ve Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi Uygulanan Hastalarda Lokal-Aksiller Rekürrens Oranı ve Etkileyen Faktörler, Okmeydanı Tıp Dergisi, 31 (1), 27-33
27. Canbolat, E. (2015). Araşidonik Asit Metabolitlerinin Oluşum Mekanizması ve Bazı Hastalıklardaki Rolü, Electronic Journal of Vocational Colleges, 20-29
28. Chen, C.L., Liao, M.N., Chen, S.C., Chan, P.L., Chen, S.C. (2012). Body Image and Its Predictors in Breast Cancer Patients Receiving Surgery. Cancer Nursing, 35 (5), E10-E16.
29. Chen, W.Y., Rosner, B., Hankinson, S.E., Colditz, G.A., Willent, W.C. (2011). Moderate Alcohol Consumption During Adult Life, Drinking Patterns, And Breast Cancer Risk, JAMA2, 306 (17), 1884-90
30. Chelbowski, R.T., Anderson, G.L. (2015). Menopausal Hormone Therapy and Breast Cancer Mortality: Clinical Implications, Ther Adv Drug Saf., 6 (2), 45–56
31. Collaborative group on Hormonal Factors in Breast Cancer, (1996). Breast Cancer and Hormonal Contraceptives: Collaborative Reanalysis of Individual Data on 53.297 Women With Breast Cancer and 100.239 Women without Breast Cancer from 54 Epidemiological Studies, Lancet, 347, 1713-27.
32. Collaborative group on Hormonal Factors in Breast Cancer, (1997). Breast Cancer and Hormone Replacement Therapy: Collaborative Reanalysis of Data from 51 Epidemio-

logical Studies of 52 705 Women with Breast Cancer and 108 411 Women Without Breast Cancer, *Lancet*, 350, 1047-59.

33. Collaborative group on Hormonal Factors in Breast Cancer, (2001). Familial Breast Cancer: Collaborative Reanalysis of Individual Data from 52 Epidemiological Studies Including 58.209 Women With Breast Cancer And 101.986 Women Without The Disease, *Lancet*, 358, 1389-99.
34. Cordina-Duverger, E., Koudou, Y., Truong, T., Arveux, P., Kerbrat, P., Menegaux, F., & Guénel P. (2016). Night Work and Breast Cancer Risk Defined by Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 (HER2) and Hormone Receptor Status: A Population-Based Case–Control Study in France, *Chronobiology International*, 33 (6), 783-787
35. Cornelisse, C.J., Cornelis, R.S., Devilee, P. (1996). Genes responsible for familial breast cancer, *Pathol Res Pract*, 192 (7), 684-93
36. Cui, Y., Miller, A.B., Rohan, T.E. (2006) Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk: Update of A Prospective Cohort Study. *Breast Cancer Research and Treatment*. 100 (3), 293-299
37. Cuzick, J., Sestak, I., Thorat, M.A. (2015). Impact of Preventive Therapy on The Risk Of Breast Cancer Among Women With Benign Breast Disease, *The Breast*, 24, S51-S55
38. Czene, K., Reilly, M., Hall, P., Hartman, M. (2009). A Constant Risk For Familial Breast Cancer? A Population-Based Family Study, *Breast Cancer Res.*, 11(3), R30
39. Çefle, K. (2003). P53 Tümör Süpresör Geni, *İst. Tıp Fak. Mecmuası*, 66 (2), 121-126
40. Darbre, P.D. (2005). Aluminium, Antiperspirants and Breast Cancer, *J Inorg Biochem*, 99, 1912-19.
41. De Silva, M., Senarath, U., Gunatilake, M., Lokuhetty, D. (2010). Prolonged Breastfeeding Reduces Risk of Breast Cancer in Sri Lankan Women: A Case–Control Study, *Cancer Epidemiology*, 34, 267–273
42. DeFrank, T.J., Mehta, B.C., Stein, D.K., Baker, F. (2007). Body Image Dissatisfaction in Cancer Survivors, *Oncology Nursing Forum*, 34 (3), E36-E41

43. Demirelöz, M., (2007). Ailesinde Kanser Öyküsü Olan-Olmayan Kadınların Meme Kanserine Yönelik Koruyucu Davranış Geliştirmelerinde Ebenin Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
44. Demirkazık, F.B. (2014). Yüksek Riskli Kadına Yaklaşım: Risk Nedir? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı?, TRD Seminerleri, 2, 206-216
45. Donegan, W.L. (2006), History of Breast Cancer in Breast Cancer DJ Winchester, DP Winchester, CA Hudis and L. Norton. Editors. DC Decker Inc. Ontario, 1-14.
46. Dossus, L, Boutron-Ruault, B., Kaaks, R. ve ark., (2014). Active and Passive Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk: Results From The EPIC Cohort, Int. J. Cancer, 134, 1871–1888
47. Ely, S., Vioral, A.N. (2007). Breast Cancer Overview. Plastic Surgical Nursing, 27 (3), 128-133.
48. Erkin, Ö., Ardahan, M. (2014). Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi'nin Pullardaki Tarihi, Lokman Hekim Journal, 4 (3), 22-28
49. Esmaili, R., Saiidi, J.A., Majd, H.A., Esmaili M. (2010). A Survey of the Body Image of Mastectomies Women Referring to Imam Khomeini and Imam Hussein Hospitals in Tehran, Iran. Indian J Psychol Med. Jan-Jun, 32(1), 34–37.
50. Evans, D.G.R., Howell, A., (2007). Breast Cancer Risk-Assessment Models. Breast Cancer Research, 9: 5, 213
51. Fadiloğlu, Z.Ç. ve Yeşilbakan, Ö.U. (2011). Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım, Fadiloğlu Ç. (Ed), Nobel Kitabevi, 1-7
52. Falk Dahl, C.A., Reinertsen, K.V., Nesvold, I.L., Fosså, S.D., Dahl, A.A.(2010). A Study of Body Image in Long-Term Breast Cancer Survivors, Am Cancer Soc, 115, 3549-57.
53. Fallbjörk, U., Rasmussen, B.H., Karlsson, S., Salander, P. (2013). Aspects of Body Image After Mastectomy due to Breast Cancer: A Two-Year Follow-Up Study, European Journal of Oncology Nursing, 17, 340-45
54. Felce, D., Perry, J., (1995). Quality of life: Its Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Res Dev Disabil, 16 (1), 51-74

55. Fenga, C., (2015). Occupational Exposure and Risk of Breast Cancer, *Biomedical Reports*, 4, 282-292
56. Fingeret, M.C., Teo, I., Epner, D.E. (2014). Managing Body Image Difficulties of Adult Cancer Patients, *Wiley Online Library*, 10.1002/cncr.28469
57. Fobair, P., Stewart S.L., Chang S. ve ark. (2006). Body Image and Sexual Problems in Young Women With Breast Cancer. *Psychooncology*, 15(7), 579Y594.
58. Freysteinson W. M., Deutsch A. S., Sisk A., Davin K., Lewis C., Sweeney L., Wuest L., Cesario K.S. 2015, The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience, *Nursing Forum*, 50 (4): 252-57
59. Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Lewis C., Sisk, A., Wuest L., Cesario, S.K. (2012). The Experience of Viewing Self in The Mirror After A Mastectomy, *Oncology Nursing Forum*, 39 (4), 361–369
60. Frierson, G.M., Thiel, D.L., Andersen, B.L. (2006). Body Change Stress For Women With Breast Cancer: The Breast-Impact of Treatment Scale, *Ann Behav Med*. 32 (1), 77-81
61. Fu, M.R., Rosedale, M. (2009). Breast Cancer Survivors' Experiences of Lymphedema-Related Symptoms, *J Pain Symptoms Manage*, 38 (6), 849-59
62. Gail, M.H., Brinton, L.A., Byar, D.P., Corle, D.K., Green, S.B., Schairer, C., Mulvihill, J.J. (1989). Projecting Individualized Probabilities of Developing Breast Cancer for White Females Who are Being Examined Annually, *J Natl Cancer Inst*. 20, 81 (24), 1879-86
63. Ganesh, S., Lye, M.S., Lau, F.N. (2016). Quality of Life among Breast Cancer Patients in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17 (4), 1677-1684
64. Garcia, S.N., Jacowski, M., Castro, G.C., Galdino, C., Guimarães, P.R., Kalinke, L.P. (2015). Quality of Life Domains Affected in Women with Breast Cancer, *Rev Gaúcha Enferm*, 36 (2), 89-96.
65. Gavric, Z. and Vukovic-Kostic, Z. (2016). Assessment of Quality of Life among Women Aged 35-55 Suffering from Breast Cancer, *Arch Cancer Res*. 4, 2.

66. Gökşen, U.S. ve Kelekçi, N.G. (2010). Antiinflamatuvar Tedavide Yeni Bir Yaklaşım: Siklooksijenaz ve 5-Lipooksijenazın Dual İnhibitörleri, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi Cilt, 30 (1), 81-118
67. Güllüoğlu, B.M. (2008). Meme Hastalıklarına Yaklaşım: “Meme Kanseri İçin Risk Değerlendirmesi ve Tarama Stratejileri”, Türk Aile Hek. Derg., 12 (1), 9-17
68. Gülten, N. (2008), İzmir Balçova Bölgesinde Yaşayan Kadınların Meme Kanseri İlişkin Risk Faktörleri, Bilgi ve Uygulamaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İzmir
69. Gümüş, A.B. (2006) .Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2(3).
70. Gwarzo, U.M.D., Sabitu, K. and Idris, S.H., (2009). Knowledge and Practice Of Breast-Self Examination Among Female Undergraduate Students of Ahmadu Bello University Zaria, Northwestern Nigeria, Annals of African Medicine, 8 (1), 55-58
71. Haakensen, V.D. (2011). Biology of The Normal Breast: Relation to Mammographic Density and Risk of Breast Cancer, Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo No. 1137
72. Hamurcu, P., Öner, C., Telatar, B., Yeşiltaş, Ş. (2015). Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden İmajı Üzerine Etkisi, Türk Aile Hek Derg, 19 (3), 122-28
73. Hansen, J. and Stevens, R.G. (2012). Case-Control Study of Shift-Work and Breast Cancer Risk in Danish Nurses: Impact of Shift Systems. Eur J Cancer, 48, 1722-1729
74. Haydaroğlu, A., Dubova, S., Özşaran, Z., Bölükbaşı, Y., Yılmaz, R., Kapkaç, M., Özdedeli, E. (2005). Ege Üniversitesinde Meme Kanseri: 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. Meme sağlığı dergisi, 1 (1), 6-11
75. Hovardaoğlu, S. (1990), Beden İmajı Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Araştırması, İçinde: Özdemir YD 1990, Şizofrenik ve Major Depresif Hastaların Beden İmgelerinden Doyum Düzeyleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
76. Howard-Anderson, J., Ganz, P.A., Bower, J.E., Stanton, A.L. (2012). Quality of Life, Fertility Concerns, and Behavioral Health Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. J Natl Cancer Inst, 104, 386–405

77. Howell, A., Anderson, A.S., Clarke, R.B., Duffy, S.W., Evans, D.G., Garcia-Closas, M., Gescher, A.J., Key, T.J., Saxton, J.M., Harvie M.N. (2014). Risk Determination and Prevention of Breast Cancer, *Breast Cancer Research*, 16, 446
78. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp> Erişim tarihi: 19.12.2016
79. Hartl, K., Janni, W., Kastner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., Stauber, M. (2003). Impact of Medical and Demographic Factors on Long-Term Quality Of Life and Body Image of Breast Cancer Patients, *Ann Oncol*, 14 (7), 1064-71.
80. DSO (2014). Cancer, <http://www.who.int/topics/cancer/en/> (Erişim tarihi: 10.12.2016)
81. Interagency Breast Cancer and Environmental Research Coordinating Committee (IB-CERCC), (2013). Breast Cancer and the Environment Prioritizing Prevention
82. Işık, I. (2014). Meme Kanseri Hastalarında Tedavi Sonrası Donemde Gelişen Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Hemşirelik Girişimleri, *Hemşirelikte Eēitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (3), 58-64
83. Janz, N.K., Mujahid, M., Chung, L.K., Lantz, P.M., Hawley, S.T., Morrow, M., Schwartz, K, Katz, S.J. (2007). Symptom Experience and Quality of Life of Women Following Breast Cancer Treatment, *J Womens Health (Larchmt)*, 16 (9), 1348-61
84. Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, B., Forman, D. (2011). Global Cancer Statistics, *Ca Cancer J Clin*, 61, 69–90
85. Jessica HA, Patricia AG, Bower JE, et al (2012). Quality of Life, Fertility Concerns, and Behavioral Health Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors: A Systemic Review. *J Natl Cancer Inst*, **104**, 1-20.
86. Jones S.C., Magee C.A., Barrie L.R., Iverson D.C., Gregory P., Hanks E.L., Nelson A.E., Nehill C.L., Zorbas H.M. 2011, Australian Women’s Perceptions of Breast Cancer Risk Factors and the Risk of Developing Breast Cancer
87. Jun, E. Y., Kim, S., Chang, S.B., Oh, K., Kang, H.S., Kang, S.S. (2011). The Effect of a Sexual Life Reframing Program on Marital Intimacy, Body Image and Sexual Function among Breast Cancer Survivors *Cancer Nursing*, 34 (2), 142-49.
88. Kaartinen M. (2015). Breast Cancer in the Eighteenth Century. file:///C:/Users/user/Desktop/meme%20kanseri%20kaynak/8.%20y%C3%BCzy%C4%B1lda%20meme%20kanseri.html. Erişim tarihi: 21.12.2016

89. kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf Erişim tarihi: 20.12.2016
90. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 920-945
91. Karpuz, N. ve akır, D., Kendi Kendine Meme Muayenesinin Meme Kanserinin Erken Teşhisinde Önemi, Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Amasya.
92. Kayl, A.E., Meyers, C.A. (2006). Side-Effects of Chemotherapy and Quality of Life in Ovarian and Breast Cancer Patients. *Curr Opin Obstet Gynecol* 18, 24–28.
93. Kendall, A.R., Mahue-Giangreco, M., Carpenter, C.L., Ganz, P.A., Bernstein, L. (2005). Influence of Exercise Activity on Quality Of Life in Long-Term Breast Cancer Survivors, *Qual Life Res.* 14(2), 361-71
94. Kerlikowske, K., Hubbard, R.A., Miglioretti, D.L., Geller, B.M., Yankaskas, B.C., Lehman, C.D., Taplin, S.H., Sickles, E.A., (2011), Comparative Effectiveness of Digital Versus Film-Screen Mammography in Community Practice in the United States: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 18; 155(8), 493–502.
95. Kılınç Z. (2003). Yara İyileşmesi, Bitirme Tezi, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İzmir.
96. Kim, M.K., Kim, T., Moon, H.G., Jin, U.S., Kim, K., Kim J., Lee, J.W., Kim, J., Lee, E, Yoo, T.K., Noh, D.Y., Minn, K.W., Han, W. (2015). Effect of Cosmetic Outcome on Quality of Life After Breast Cancer Surgery. *Eur J Surg Oncol*, 41(3), 426-32.
97. King, M.T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., Boyages, J. (2000). Quality of Life Three Months and One Year After First Treatment For Early Stage Breast Cancer: Influence of Treatment and Patient Characteristics. *Qual Life Res.* 9(7), 789-800.
98. Knobf, M.T. (2007). Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors, 23(1), 71-83
99. Kocaman Yıldırım, N., Kaçmaz, N., Özkan, M. (2013). İleri Evre Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(3):153-158
100. Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Dizbay Sak, S., Tükün, A., Yalçın, B. (2011), Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7 (2), 47-67

101. Kunkel, E.J., Chen, E.I., Okunlola, T.B. (2002) Psychosocial Concerns of Women with Breast Cancer. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 9 (4), 129-134.
102. Kuo, H.H., Chen W.W. (2016). New Hope for HER2-Positive Metastatic Breast Cancer Treatment: Trastuzumab Emtansine (T-DM1) From the Perspective of Nursing Care, *Hu Li Za Zhi.*, 63(5), 121-126
103. Landmark, B.T., Strandmark, M., Wahl, A.K. (2001). Living with Newly Diagnosed Breast Cancer--The Meaning of Existential Issues. A Qualitative Study of 10 Women With Newly Diagnosed Breast Cancer, Based on Grounded Theory, *Cancer Nurs.* 24(3), 220-6
104. Liu, J.Y., Chen ,T.J., Hwang, S.J., (2016), The Risk of Breast Cancer in Women Using Menopausal Hormone Replacement Therapy in Taiwan, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13, 482
105. Low, C.A., Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. (2006). Expressive Disclosure and Benefit Finding among Breast Cancer Patients: Mechanisms for Positive Health Effects, *Health Psychol*, 25 (2), 181-9
106. Luo, J., Margolis, K.L., Wactawski-Wende, J., Horn, K., Messina, C., Stefanick, M.L., Tindle, H.A., Tong, E., Rohan, T.E. (2011). Association of Active and Passive Smoking with Risk of Breast Cancer among Postmenopausal Women: A Prospective Cohort Study. *BMJ.* 1, 342: d1016.
107. Lymphoedema Framework (2006). 'Best Practice for the Management of Lymphoedema' International Consensus. http://www.woundsinternational.com/media/issues/210/files/content_175.pdf Erişim Tarihi: 20.12.2016
108. Lyngholm, C.D., Christiansen, P.M., Damsgaard, T.E. & Overgaard, J. (2013). Long-Term Follow-Up of Late Morbidity, Cosmetic Outcome and Body Image After Breast Conserving Therapy. A Study from The Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). *Acta Oncologica*, 52, 259–269
109. Pandey, M., Thomas, B.C., Ramdas, K., Eremenco, S. & Nair, M.K. (2002). Quality of life in breast cancer patients: Validation of a FACT-B Malayalam Version Quality of Life Research 11, 87–90

110. Manandhar, S., Shrestha, D.S., Taechaboonsersmsk, P., Siri, S., Suparp, J. (2014). Quality of Life among Breast Cancer Patients Undergoing Treatment in National Cancer Centers in Nepal, *Asian Pac J Cancer Prev.* 15(22), 9753-7
111. McClelland, S.I., Holland, K.J., Griggs, J.J. (2015). Quality of Life and Metastatic Breast Cancer: The Role of Body Image, Disease Site, and Time Since Diagnosis, *Qual Life Res.* 24 (12), 2939-43
112. Menes, T.S., Terry, M.B., Goldgar, D., Andrulis, I.L., Knight, J.A., John, E.M., Liao, Y., Southey, A., Miron, A., Chung, W., Buys, S.S. 2015, Second Primary Breast Cancer in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers: 10-Year Cumulative Incidence in The Breast Cancer Family Registry, *Breast Cancer Res Treat.*, 151(3), 653-660
113. Metcalfe, K.A., Cil, T.D., Semple, J.L., Xuan Li, L.D., Bagher, S., Zhong, T., Virani, S., Narod, S., Pal, T. (2015). Long-Term Psychosocial Functioning in Women with Bilateral Prophylactic Mastectomy: Does Preservation of the Nipple-Areolar Complex Make a Difference? *Ann Surg Oncol*, 22, 3324–330
114. Mincey, B.A. (2003). Genetics and The Management of Women at High Risk for Breast Cancer, *The Oncologist*; 8, 466-473
115. Nagrani, R., Mhatre, S., Rajaraman, P., Soerjomataram, I., Boffetta, P., Gupta, S., Parmar, V., Badwe, R., Dikshit, R. (2016). Central Obesity Increases Risk of Breast Cancer Irrespective of Menopausal and Hormonal Receptor Status in Women of South Asian Ethnicity. *European Journal of Cancer*, 66, 153-161
116. Naieni, K.H., Ardalan, A., Mahmoodi, M., et al (2007). Risk Factors of Breast Cancer in North of Iran: A Case-Control in Mazandaran Province. *Asian Pac J Cancer Prev*, 8, 395-98.
117. Ulusal Kanser Enstitüsü (2016) file:///C:/Users/user/Desktop/meme%20kanseri%20kaynak/Breast%20Cancer%20Risk%20in%20American%20Women%20-%20National%20Cancer%20Institute.html (Erişim tarihi: 22.12.2016)
118. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN), (2016). Breast Cancer Risk Reduction, Clinical Practice Guidelines in Oncology Version I.

119. Nowicki, A., Licznarska, B., Rhone, P. (2015). Evaluation of The Quality of Life of Women Treated due to Breast Cancer Using Amputation or Breast Conserving Surgery in The Early Postoperative Period. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 87 (4), 174-180.
120. Nyante, S.J., Gierach, G.L., Dallal, C.M., Freedman, N.D., Park, Y., Danforth, K.N., Hollenbeck, A.R., Brinton, L.A. (2014) Cigarette Smoking and Postmenopausal Breast Cancer Risk in A Prospective Cohort. *Br J Cancer*. 29, 110 (9), 2339-47.
121. Oktan, V, Şahin, M. (2010). Examination of The Relationship Between The Body Image and Self-Esteem of Female Adolescents, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (2), 544-556
122. Osborne, C., Ostir, G.V., Du, X., Peek, M.K., Goodwin, J.S. (2005). The Influence of Marital Status on The Stage at Diagnosis, Treatment, and Survival of Older Women with Breast Cancer, *Breast Cancer Res Treat*. 93(1), 41-7
123. Özkan, S., Alçalar, N. (2009) Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Etkiler, *Meme Sağlığı Dergisi* 5(2), 60-64
124. Özmen, V. (2008), Breast Cancer in the World and Turkey. *J Breast Healt*, 4,7-12
125. Özmen, V. (2012). Meme Hastalıkları Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 3-16
126. Öztürk, M. (2006). Meme Kanserinin Genetiği ve Risk Faktörleri, *İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 54, 15-26
127. Palmer, J.R., Viscidi E., Troester, M.A., Hong, C., Schedin, P., Bethea, T.N., Bandera, E.V., Borges, V., McKinnon, C., Haiman, C.A., Lunetta, K., Kolonel L.N., Rosenberg, L., Olshan, A.F., Ambrosone C.B. (2014). Parity, Lactation, and Breast Cancer Subtypes in African American Women: Results from the AMBER Consortium. *JNCI J Natl Cancer Inst*, 106 (10), dju237
128. Parsa, P., Mirmohammadi, A., Khodakarami, B., Roshanaiee, G., Soltani, F., (2016). Effects of Breast Self-Examination Consultation Based on the Health Belief Model on Knowledge and Performance of Iranian Women Aged Over 40 Years. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17 (8), 3849-3854.
129. Paterson, L.C., Lengacher, A.C., Donovan, A.K., Kip, E.K., Tofthagen, S.C. (2015). Body Image in Younger Breast Cancer Survivors, *Cancer Nursing*, Vol. 00, No.0
130. Pelusi, J. (2006). Sexuality and Body Image. *Cancer Nurs*, 29 (2), 32-38.

131. Pizot, C., Boniol, M., Mullie, P., Koechlin, A., Boniol, M., Boyle, P., Autier, P., (2016), Physical Activity, Hormone Replacement Therapy and Breast Cancer Risk: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *European Journal of Cancer*, 52, 138-154
132. Polat, A.V., Özmen, V., Polat, A.K., Soran, A., (2012), Meme Görüntülemesinde Manyetik Rezonans Görüntüleme Kullanımında Ulusal Yaklaşım; Anket Araştırması: Protokol Mf 10-01. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8 (1), 35-39
133. Quante AS, Whittemore AS, Shriver T, Strauch K, Terry MB 2012, Breast Cancer Risk Assessment Across the Risk Continuum: Genetic and Nongenetic Risk Factors Contributing to Differential Model Performance, *Breast Cancer Research*, 14, R144
134. Price, B. (1990). A Model for Body-Image Care. *J Adv Nurs*, 15 (5), 585-93.
135. Rockhill, B., Spiegelman, D., Byrne, C., Hunter, D.J., Colditz, G.A. (2001), Validation of the Gail et al. Model of Breast Cancer Risk Prediction and Implications for Chemoprevention, *Journal of the National Cancer Institute*, 93 (5), 358-366
136. Rooney M., Wald A. (2007). Interventions for the Management of Weight and Body Composition Changes in Women with Breast Cancer, *Clin J Oncol Nurs*. 11 (1), 41-52
137. Saatkaya, S., (2009), Malign Meme Kitlelerinin Boyutunun Değerlendirilmesinde Ultrasonografi, Dijital Mamografi, Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Postoperatif Patoloji Sonuçlarının Karşılaştırılması. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
138. Sağlık Bakanlığı-Ulusal kanser kontrol planı 2015, Sağlık İstatistikleri Yıllığı http://www.iccpportal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf
139. Salman, C., Gültekin, M., Taşkiran, Ç., Ayhan, A. (2005). Hormon ve Meme. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 8 (2), 37-53
140. Santen, R.J. (2014), Benign Breast Disease in Women, Endotext, file:///C:/Users/user/Desktop/santen%202014.html
141. Saslow, D., Hannan, J., Osuch, J., Alciati, M.H., Baines, C., Barton, M., Bobo, J.K, Coleman, C., Dolan, M., Gaumer, G., Kopans, D., Kutner S., Lane D.S., Lawson H., Meissner, H., Moorman, C., Pennypacker, H., Pierce, P., Sciandra, E., Smith R., Coates

- R. (2004). Clinical Breast Examination: Practical Recommendations for Optimizing Performance and Reporting. 54, (6), 327-344.
142. Scanlon, E.F., Caprini, J.A., (1975), Modified Radical Mastectomy. *Cancer* 35 (3), 710-713.
143. Scoccianti, C., Lauby-Secretan, B., Bello, P.Y., Chajes, V., Romieu, I. (2014). Female Breast Cancer and Alcohol Consumption *Am J Prev Med*, 46 (3S1), S16–S25
144. Secord, P.F., Jourard, S.M. (1953). The Appraisal of Body Cathexis: Body Cathexis and the Self, *Journal of Consulting Psychology*, 17 (3), 343-47
145. Sertöz, Ö.Ö, Elbi, M.H, Noyan, A, Alper, M, Kapkaç, M., (2004). Meme Kanseri-nde Ameliyat Tipinin Beden İmajı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri. *Turk Psikiyatri Derg.* 15 (4), 264-75
146. Sezer, H., Yılmaz, M., Gürler, H., Koyuncu, A. (2011). Breast Cancer Risk Factors in Turkey: a Hospital-based Case–control Study. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12, 2317-2322.
147. Shimozuma, K. (2002). Quality of life assessment, *Breast Cancer*, 9, 100-106.
148. Sirvent, J.J., Fortuño-Mar, A., Olona, M., Orti, A. (2001). Prognostic Value of p53 Protein Expression and Clinicopathological Factors in İnfiltrating Ductal Carcinoma of the Breast. A study of 192 patients, *Histol Histopathol*, 16, 99-106
149. Sönmez, B. (2012), Meme Kanseri ve Tedavi Yöntemleri, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Temel Bilimleri Anabilim Dalı Bitirme Ödevi, Kayseri
150. Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P. (2016). Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer. *Breast Care (Basel)*. 11 (1), 28-32.
151. Sun, Y., Kim, S.W., Heo, C.Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C.K., Kang, E. (2014) Comparison of Quality of Life Based on Surgical Technique in Patients with Breast Cancer. *Jpn J Clin Oncol*, 44 (1), 22-7.
152. Tamimi, R.M., Byrne, C., Colditz, G.A., Hankinson, S.E. (2007). Endogenous Hormone Levels, Mammographic Density, and Subsequent Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women, *J Natl Cancer Inst*, 99, 1178–87

153. Tice, J.A., Cummings, S.R., Ziv, E., Kerlikowske, K. (2005). Mammographic Breast Density and the Gail Model for Breast Cancer Risk Prediction in A Screening Population, *Breast Cancer Research and Treatment*, 94: 115–122
154. Tiwari, G.K., Kumar, S. (2015). Psychology and Body Image: A Review. *ResearchGate*.
file:///C:/Users/user/Downloads/Psychology%20of%20body%20image%20A%20review.pdf Erişim Tarihi: 24.12.2016
155. Türkiye Kanser İstatistikleri, (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf. Erişim Tarihi:10.11.2016
156. Uçar T., Uzun Ö. 2008, Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden imajı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumunu Üzerine Etkisinin İncelenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi* 4(3), 162-68
157. Unukovych D., Sandelin K., Liljegren A., Arver B., Wickman M., Johansson H., Brandberg Y. 2012, Contralateral Prophylactic Mastectomy in Breast Cancer Patients with A Family History: A Prospective 2-Years Follow-Up Study Of Health Related Quality of Life, Sexuality and Body İmage. *European Journal of Cancer*, 48, 3150–156
158. Ünal H. 2006, Meme Kanserinin Tanı ve Tedavisinin Tarihsel Gelişimi İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Meme Kanseri Sempozyum Dizisi, 54, 9–13
159. Von Ah, D.M., Russell, K.M., Carpenter, J., Monahan, P.O., Qianqian, Z., Tallman, E., Ziner, K.W., Storniolo, A.M., Miller, K.D., Giesler, R.B., Haase, J., Otte, J., Champion, V.L. (2012). Health-Related Quality of Life of African American Breast Cancer Survivors Compared with Healthy African American Women. *Cancer Nurs.* 35(5), 337-46
160. Webster, K., Cella, D., Yost, K. (2003). The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: Properties, Applications, and Interpretation, *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 79
161. Weigelt, B., Peterse, J.L., van 't Veer, L.J. (2005). Breast Cancer Metastasis: Markers and Models. *Nature Reviews Cancer*, 5, 591-602

- 162.** WHOQOL Group (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). Qual Life Res., 2 (2), 153–159.
- 163.** WHOQOL, (1997). Yaşam kalitesinin ölçülmesi http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- 164.** Williams, L.S., Hopper, P.D. (2015), Understanding Medical Surgical Nursing 5.baskı 171-200.
- 165.** Yılmaz, M., Güler, G., Bekar, M., Güler, N. (2011). Risk of Breast Cancer, Health Beliefs and Screening Behaviour among Turkish Academic Women and Housewives. Asian Pacific J Cancer Prev, 12, 817-822.
- 166.** Yılmaz, M.H., (2006), Meme Kanseriinde Radyolojik Tanı ve Değerlendirme. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Meme Kanseri Sempozyum Dizisi, 54, 27-30

EKLER

EK-1. Hasta Bilgi Formu

Açıklama: Bu araştırma mastektominin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu araştırma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

1.Tanımlayıcı özellikler

1. Yaşınız: _____

2. Medeni Durumunuz: () Evli ()Bekar

3. Eğitim düzeyiniz

() Okur-yazar değil () İlköğretim () Lise () Üniversite

4. Araştırma Durumunuz: () Çalışıyor () Çalışmıyor

Çalışıyor iseniz;

Meslek: _____

5. Kiminle yaşıyorsunuz?

() Tek başına () Çekirdek aileyle () Geniş aileyle

6. Gelir seviyenizi nasıl değerlendiriyorsunuz? () Alt () Orta

() Üst

7. Kaç yaşında meme hastalığı tanısı aldınız? _____

8. Uzak organ / doku metastazı var mı? ()Var ()Yok

9. Kemoterapi () Evet ()Hayır

10. Radyoterapi () Evet ()Hayır

11. Mastektomi sonrası geçen süre

_____ay / yıl önce

12. Sigara kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

13. Alkol kullanıyor musunuz? () Evet ()Hayır

14. Evlilik süresi (yıl).....

15. Hastalığın hangi evresinde ameliyat oldunuz?

a. Evre 0 b. Evre 1 c. Evre 2 d. Evre 3 e. Evre 4

2. Meme kanseri risk faktörleri

1. Birinci derece akrabalarınızda meme kanseri öyküsü var mı? (Anne, teyze, kız kardeş)
☐ Evet ☐ Hayır
2. İlk adet görme yaşıınız...
☐ 12 den küçük ☐ 13 ve üzeri
3. Menapoz a girdiniz mi? (Hayırsa 6. Soruya geçiniz)
☐ Evet ☐ Hayır
4. Menapoz yaşıınız...
☐ 55 ten küçük ☐ 55 ve üzeri
5. Hormon replasman tedavisi alıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
6. Selim meme hastalığı öyküsü (fibroadenom)...
☐ Var ☐ Yok
7. Çocuğunuz var mı? (Yoksa 12. Soruya geçiniz)
☐ Var ☐ Yok
8. Kaç çocuğunuz var...
9. Çocuklarınız arasındaki doğum aralığı (yıl)...
10. İlk doğum yaşıınız...
11. Çocuklarınızı emzirdiniz mi?
☐ Evet ☐ Hayır
12. Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
13. Doğum kontrol hapını ne kadar süredir kullanıyorsunuz?
☐ 1 yıl ☐ 2-3 yıl ☐ 4 ve üzeri
14. Boy: Kilo: BKİ:
15. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
16. Koltuk altı terlemeyi önleyen Roll-on kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır

EK.2. VÜCUT ALGISİ ÖLÇEĞİ (VAÖ)

Asağıda vücut özellikleri ile ilgili çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Bu özelliklerden her biri açısından kendinizi değerlendiriniz ve ifadenin yanında yer alan “Çok Beğeniyorum”, “Oldukça Beğeniyorum”, “Kararsızım”, “Pek Beğenmiyorum”, “Hiç Beğenmiyorum” seçeneklerinden birinin altına (X) isareti koyunuz.

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1- Saçlarım	()	()	()	()	()
2- Yüzümün Rengi	()	()	()	()	()
3- İstahım	()	()	()	()	()
4- Ellerim	()	()	()	()	()
5- Vücudumun kıl dağılımı	()	()	()	()	()
6- Burnum	()	()	()	()	()
7- Fiziksel Gücüm	()	()	()	()	()
8- İdrar, dışkı düzenim	()	()	()	()	()
9- Kas kuvvetim	()	()	()	()	()
10- Belim	()	()	()	()	()
11- Enerji düzeyim	()	()	()	()	()
12- Sırtım	()	()	()	()	()
13- Kulaklarım	()	()	()	()	()
14- Yaşım	()	()	()	()	()
15- Çenem	()	()	()	()	()
16- Vücut yapım	()	()	()	()	()
17- Profilim	()	()	()	()	()
18- Boynum	()	()	()	()	()
19- Duyularımın keskinliği	()	()	()	()	()
20- Ağrıya dayanıklılığım	()	()	()	()	()
21- Omuzlarımın Genişliği	()	()	()	()	()
22- Kollarım	()	()	()	()	()
23- Göğüslerim	()	()	()	()	()
24- Gözlerimin şekli	()	()	()	()	()
25- Sindirim sistemim	()	()	()	()	()

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
26- Kalçalarım	()	()	()	()	()
27- Hastalığa direncim	()	()	()	()	()
28- Bacaklarım	()	()	()	()	()
29- Dislerimin şekli	()	()	()	()	()
30- Cinsel gücüm	()	()	()	()	()
31- Ayaklarım	()	()	()	()	()
32- Uyku düzenim	()	()	()	()	()
33- Sesim	()	()	()	()	()
34- Sağlığım	()	()	()	()	()
35- Cinsel faaliyetlerim	()	()	()	()	()
36- Dizlerim	()	()	()	()	()
37- Vücudumun duruş şekli	()	()	()	()	()
38- Yüzümün şekli	()	()	()	()	()
39- Kilom	()	()	()	()	()
40- Cinsel organlarım	()	()	()	()	()

EK.3. FACT-B

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. **Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

<u>BEDENİ DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GP1	Enerjim düşük	0	1	2	3	4
GP2	Bulantım var.....	0	1	2	3	4
GP3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
GP4	Ağrım var.....	0	1	2	3	4
GP5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
GP6	Kendimi hasta hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GP7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	0	1	2	3	4

<u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GS1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GS2	Ailemden manevi destek görüyorum	0	1	2	3	4
GS3	Arkadaşlarımdan destek görüyorum	0	1	2	3	4
GS4	Ailem hastalığımı kabullendi	0	1	2	3	4
GS5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	0	1	2	3	4
GS6	Kendimi hayat arkadaşşıma (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
	Cinsel hayatım tatmin edici.....	0	1	2	3	4

<u>DUYGUSAL DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GE1	Kendimi üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4
GE2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	0	1	2	3	4
GE3	Hastalığımla olan mücadeleimde ümidimi kaybediyorum	0	1	2	3	4
GE4	Kendimi sinirli hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE5	Ölmekten korkuyorum.....	0	1	2	3	4
GE6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	0	1	2	3	4

<u>FAALİYET DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GF1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil).....	0	1	2	3	4
GF2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	0	1	2	3	4
GF3	Hayattan zevk alabiliyorum	0	1	2	3	4
GF4	Hastalığımı kabullendim.....	0	1	2	3	4
GF5	İyi uyuyorum.....	0	1	2	3	4
GF6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	0	1	2	3	4
GF7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	0	1	2	3	4

DİĞER ENDİŞELER

		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
B1	Nefes darlığı çekiyorum	0	1	2	3	4
B2	Kıyafetlerimin üzerimde nasıl durduğu konusunda te- dirginim.....	0	1	2	3	4
B3	Kollarımdan biri ya da her ikisi şiş veya dokununca has- sas	0	1	2	3	4
B4	Kendimi cinsel yönden çekici hissediyorum	0	1	2	3	4
B5	Saçımın dökülmesi beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
B6	Diğer aile fertlerimin bir gün aynı hastalığa yakalana- bileceklerinden endişe duyuyorum.....	0	1	2	3	4
B7	Stresin (sıkıntının) hastalığım üzerindeki etkisinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
B8	Kilomdaki değişiklik beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
B9	Kendimi kadın gibi hissedebiliyorum	0	1	2	3	4
P2	Vücudumun belirli yerleri kayda değer derecede ağrıyor.....	0	1	2	3	4

İZİNLER

EK.4. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme kanserli kadınlarda mastektominin yaşam kalitesi ve beden imajı üzerine etkisi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meryem Yılmaz
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:



GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme kanserli kadınlarda mastektominin yaşam kalitesi ve beden imajı üzerine etkisi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYolojik MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
DiĞER:	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2015-12/18	Tarih: 23.12.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Zeynep Sümer

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Sulhaddin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

EK-5. Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzni



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ

Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 93596471-774/1344

25.03.2016

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi: 24.02.2016 tarih 3511 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversitemiz Hemşirelik Bölümü Yüksek lisans öğrencisi Kübra ERTURHAN'ın "**Meme Kanseri Kadınlar da Mastektominin Yaşam Kalitesi ve Beden İmajı Üzerine Etkisi**" konulu tez çalışmasını 01 Mart 2016 – 30 Eylül 2016 tarihleri arasında hastanemiz polikliniklerinde uygulaması isteği değerlendirilmiş olup, uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Gökhan GÖKÇE
Başhekim

İLETİŞİM BİLGİLERİ: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 /SİVAS
Telefon: 0 346 258 13 26 Belgeç (Faks): 0 346 258 00 24
E-mail adresi: hastanevazisleri@cumhuriyet.edu.tr

Tıp. No. Ulasıdır. Bilgi verildi.

EK-6. FACIT Lisans Anlaşması



FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to Meryem Yilmaz ("Investigator") the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that MERYEM YILMAZ is granted license to use the Turkish version of the FACT-B in one not for profit study entitled:

This current license is only extended to MERYEM YILMAZ's research project subject to the following terms:

- 1) (MERYEM YILMAZ) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, MERYEM YILMAZ will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (MERYEM YILMAZ) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if MERYEM YILMAZ engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of MERYEM YILMAZ's project.
- 10) MERYEM YILMAZ agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: October 22, 2015

Shannon C Romo
Assistant Business Manager
FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126 USA
www.FACIT.org

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Kübra ERTURHAN TÜRK
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas-1991
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Bilgileri	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	kubraerturhan@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Sivas Cumhuriyet Anadolu Lisesi, 2005-2009
Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2009-2013
Unvan	Araştırma Görevlisi

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi	Hemşire, 2013-2015
Cumhuriyet Üniversitesi	Araştırma Görevlisi, 2015-