

**BİR GRUP MASTEKTOMİLİ KADINDA BEDEN VE SOSYAL  
DESTEK ALGISININ DEPRESYON DÜZEYİNE İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

**ÜMMÜHAN KÜÇÜKKAVRADIM**

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ**

**2020**

BİR GRUP MASTEKTOMİLİ KADINDA BEDEN VE SOSYAL  
DESTEK ALGISININ DEPRESYON DÜZEYİNE İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ

ÜMMÜHAN KÜÇÜKKAVRADIM

Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Fen- Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2017  
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans  
Programı, 2020

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Saime Vicdan Yücel

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne  
Yüksek Lisans (MA) derecesi ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2020

# **INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY AND SOCIAL SUPPORT PERCEPTION TO DEPRESSION LEVEL IN A GROUP OF WOMEN WITH MASTECTOMY**

## **Abstract**

**Objective:** The aim of this study is to investigate whether body and social support perception are related to the depression level in a group of women with mastectomy.

**Method:** The sample of the study consists of a total of 201 people, 76 women diagnosed breast cancer with mastectomies and 125 healthy women between the ages of 35-70. In the research, In addition to Informed Consent Form, Sociodemographic Form, Beck Depression Inventory (BDI), Body Perception Scale (BAI) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were applied to the participants.

**Results:** As a result of the study, Negative relationship was found between the total score of BDI and BAI and the subscale of friends of MSPSS and the total score. Furthermore, it was found that the total score of BAI and MSPSS was a significant predictor of BDI in a negative direction. BAI, BDI, MSPSS, family, friend, special human sub-dimension and total score of the women who underwent breast repair after mastectomy is significantly different from those who did not have repair surgery. In addition, the comparison between healthy groups with women with mastectomies, BDI, BAI and MSPSS family, friends, special human sub-size and total scores did not differ.

**Conclusion:** In this research, our study, in breast cancer which is a very common health problem in women, was drawn attention to the body and social support perception and depression level of symbolic meanings lost with breast loss after mastectomy, it has been examined in terms of disease variables and our results are discussed in the light of the literature.

'  
**Key Words;** Breast cancer, Mastectomy, Perceived social support, Body image, Depression

# **BİR GRUP MASTEKTOMİLİ KADINDA BEDEN VE SOSYAL DESTEK ALGISININ DEPRESYON DÜZEYİNE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

## **Özet**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, bir grup mastektomili kadında beden ve sosyal destek algısının depresyon düzeyine ilişkisinin olup olmadığını incelenmeyi amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Bu araştırmanın örneklemini, 35-70 yaş arasında değişen meme kanseri tanımlı mastektomili 76 kadın, 125 sağlıklı kadın olmak üzere toplam 201 kişiden oluşmaktadır. Araştırmada, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu metninin ardından katılımcılara sırasıyla; Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmanın sonucunda, mastektomili kadınlarda BAÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ ve BDÖ toplam puanları incelendiğinde; BDE ile BAÖ toplam puanı arasında, ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca, BAÖ ile ÇBASDÖ toplam puanının negatif yönde BDE anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. Mastektomi sonrası meme onarımı yapılan kadınların BAÖ, BDE, ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel bir insan alt boyutları ve toplam puanı onarım ameliyatı yapılmayanlara göre anlamlı derecede farklılaşmamaktadır. Ek olarak, mastektomili kadınlar ile sağlıklı gruplar arası karşılaştırmada; BDE, BAÖ ve ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel insan alt boyutu ve toplam puanları farklılık göstermemektedir.

**Sonuç:** Özetle araştırmamızda, kadınlarda çok yaygın görülen bir sağlık problemi olan meme kanserinde mastektomi sonrası meme kaybıyla giden sembolik anlamların beden ve sosyal destek algısına, depresyon düzeyine dikkat çekilmiş, hastalık değişkenleri açısından incelenmiş ve sonuçlarımız literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, bir grup mastektomili kadında beden ve sosyal destek algısının depresyon düzeyine ilişkisinin olup olmadığını incelenmeyi amaçlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, Mastektomi, Algılanan sosyal destek, Beden algısı, Depresyon

## Teşekkür

Tez hazırlamanın kendine özgü zorluklarının üzerine çalıştığım konu üzerinde hassasiyetim olduğu için işleri daha da güç haline getirmekteydi. Durum böyleyken, tezimin her aşamasında sabırla ve destekleri ile yanımda olan, beni cesaretlendiren çok değerli danışman hocam, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Saime Vicdan Yücel'e bana olan inancı ve anlayışı için sonsuz şükranlarımı sunarım.

Çalışmanın rekonstrüktif cerrahi bölümlerinde katkıları için M.Ü. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet Bayramiçli'ye, araştırmanın yapıldığı birimlerde çalışan tüm sağlık personeline ve araştırmaya katılan hastalara değerli katkıları için çok teşekkür ederim. Antalya'da az zamanda veri toplama sürecimde yardımcı olan Op. Dr. Ali Özlük'e, akrabalarım ve arkadaşlarıma yardımları ve destekleri için tek tek teşekkür ederim.

Bu yüksek lisans programı sayesinde tanıdığım biricik arkadaşlarım, meslektaşlarım Sena Alaçam, Seda Nur Çelik, Özgenur Kaya, İpek Yücebıyık'a birlikte geçirdiğim güzel zamanlar ve destekleri çok teşekkür ederim. Çalışmamın düzenleme aşamasında, yardımlarından dolayı arkadaşım Fazilet Kütük'e, ilkokuldan beri her anıma ortak olan canım arkadaşım Sevda Altan'a, teşekkür ediyorum. İstatistik konusundaki desteği ve bilgisi için Melike Hacıoğlu'na teşekkür ederim. Sınırsız desteği, sevgisi ve anlayışı ile her zaman yanımda olan, güven aşılayan, motive kaynağım Bekir Özcan'a çok özel teşekkür ederim. Okumam ve gelişmem için bu zamana kadar elinden geleni yapan annem ve babama ne desem az kalır. Hayatım boyunca her anımda yanımda olan bana güçlü ve şanslı hissettiren, benden hiçbir şeyi esirgemeyen ailem, babam Osman, ve her koşulda yanımda olan kız kardeşim Müşerref'e sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmamı, şu an varlığıyla olamasa da yanımda olduğunu hep hissettiren annem'e ve onun gibi meme kanseri ile mücadele etmiş ve etmekte olan nice güçlü kadınlara ithaf ediyorum...

## İçindekiler

<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Özet</b> .....	<b>iv</b>
<b>Teşekkür</b> .....	<b>vi</b>
<b>İçindekiler</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALARIN LİSTESİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>BÖLÜM 1</b> .....	<b>1</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Amacı .....	<b>3</b>
1.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	<b>3</b>
1.3. Araştırma Soruları .....	<b>3</b>
1.4. Araştırmanın Önemi .....	<b>4</b>
1.5. Sınırlılıklar ve Sayılılar .....	<b>5</b>
1.6. Tanımlar .....	<b>5</b>
<b>BÖLÜM 2</b> .....	<b>7</b>
<b>2. GİRİŞ</b> .....	<b>7</b>
2.1.Mastektomi .....	<b>7</b>
2.1.1.Radikal mastektomi .....	<b>8</b>
2.1.2.Modifiye Radikal Mastektomi .....	<b>8</b>
2.1.3.Basit- Simple (Total) Mastektomi .....	<b>9</b>
2.1.4.Parsiyel Mastektomi .....	<b>9</b>
2.1.5.Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu .....	<b>9</b>
2.2.Meme Kanseri Risk Etmenleri.....	<b>11</b>
2.2.1.Cinsiyet .....	<b>12</b>
2.2.2.Yaş .....	<b>12</b>
2.2.3.Daha Önce Malign Veya Benign Meme Kanseri Hikayesinin Olması .....	<b>12</b>
2.2.4.Aile öyküsü .....	<b>12</b>
2.2.5.Menstrual Öykü .....	<b>13</b>



2.2.6.Genetik Faktörler .....	13
2.2.7.Östrojen Kullanımı .....	14
2.2.8.Doğum Hikayesi .....	14
2.2.9.Alkol .....	14
2.2.10.Yağlı Diyet.....	14
2.2.11.Obesite .....	14
2.2.12.Radyasyon.....	15
<b>2.3.Meme kanserinin tedavisi.....</b>	<b>15</b>
2.3.1.Ameliyat.....	15
2.3.2.Radyasyon.....	16
2.3.3.Hedefli Terapi .....	16
2.3.4.Kemoterapi.....	16
2.3.5.Hormonal Terapi.....	17
<b>2.4.Depresyon.....</b>	<b>17</b>
2.4.1.Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi .....	17
2.4.2.Genel Görünüş ve Dış Görünüm .....	18
2.4.3.Konuşma ve İlişki .....	18
2.4.4.Duygulanım .....	18
2.4.5.Bilişsel Yetiler .....	19
2.4.6.İdea Akımı ve İçeriği .....	19
2.4.7.Fizyolojik Belirtiler.....	20
2.4.8.Depresyon Tanı ve Kriterleri .....	20
2.4.8.1.DSM-V' e Göre Tanı Kriterleri .....	20
2.4.9.Depresyonun Belirti ve Bulguları .....	21
2.4.10.Depresyon Sebepleri .....	21
2.4.10.1.Biyolojik Sebepler .....	21
2.4.10.2.Biyo-kimyasal Sebepler .....	22
2.4.10.3.Psiko-sosyal Sebepler.....	22
2.5.Meme Kanseri Vakalarında Beden Algısı Kavramı .....	22
2.6.Meme Kanserli Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek Kavramının Tanımı Ve Kavrama İlişkin Genel Bilgiler .....	25
<b>BÖLÜM 3.....</b>	<b>28</b>
<b>3.YÖNTEM.....</b>	<b>28</b>
3.1.Örnekleme .....	28
3.2.Veriler Toplama Araçları.....	28

3.2.1.Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu (EK-2) .....	28
3.2.2.Beden Algısı Ölçeği (EK-3) .....	29
3.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-4) .....	29
3.2.4. Beck Depresyon Envanteri (EK-5).....	30
3.2.5.Verilerin Analizi .....	30
<b>BÖLÜM 4.....</b>	<b>31</b>
<b>4.BULGULAR .....</b>	<b>31</b>
4.1.Katılımcılar.....	31
4.2.Bulgular .....	33
4.2.1.Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları .....	36
4.2.2.Beden Algısı ve Algılanan Sosyal Desteğin Depresyonu Yordayıcı Etkisine Dair Regresyon Analizi Sonuçları .....	37
4.2.3.Onarım Ameliyatı ile Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular .....	39
4.2.4.Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Puanları ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular .....	39
4.2.5.Mastektomi Uygulanmış ve Sağlıklı Grup Katılımcıların Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Puanlarına İlişkin Bulgular .....	45
<b>BÖLÜM 5.....</b>	<b>48</b>
<b>5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>48</b>
<b>BÖLÜM 6.....</b>	<b>55</b>
<b>6. ÖNERİLER .....</b>	<b>55</b>
<b>Kaynakça .....</b>	<b>56</b>
<b>Ekler .....</b>	<b>64</b>
<b>EK.1 .....</b>	<b>64</b>
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	64
<b>EK.2 .....</b>	<b>65</b>
Sosyodemografik Özellikler Ve Veri Formu .....	65
<b>EK.3 .....</b>	<b>70</b>
Beden Algısı Ölçeği.....	70
<b>EK.4 .....</b>	<b>72</b>
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	72
<b>EK.5 .....</b>	<b>74</b>
Beck Depresyon Envanteri .....	74
<b>Özgeçmiş .....</b>	<b>77</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 3. 1. Katılımcıların Hastalık Öyküsüne Yönelik Sıklık ve Yüzelik Değerleri .....	33
Tablo 3. 2. Mastektomili Katılımcıların Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları .....	36
Tablo 3. 3. Sağlıklı Katılımcılarının Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları .....	37
Tablo 3. 4. Depresyonu Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları .....	38
Tablo 3. 5. Depresyonu Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları .....	38
Tablo 3. 6. Mastektomili Katılımcıların ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin t-Testi Sonuçları .....	40
Tablo 3. 7. Mastektomili Katılımcıların BAÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları .....	41
Tablo 3. 8. Mastektomili Katılımcıların BAÖ Toplam Puanının Menopoz Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin t-Testi Sonuçları .....	43
Tablo 3. 9. Mastektomili Katılımcıların ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Emzirme Süresine Göre Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları .....	45
Tablo 3. 10. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin ortalama, standart sapma ve minimum maksimum değerleri .....	46
Tablo 3. 11. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin ortalama, standart sapma ve minimum maksimum değerleri .....	46

## KISALTMALARIN LİSTESİ

**X / Ort. :** Ortalama

**SS:** Standart Sapma

**ß:** Beta Katsayısı

**F:** ANOVA Test İstatistiği

**p:** Anlamlılık Düzeyi

**BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

**ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**BAÖ:** Beden Algısı Ölçeği

## **BÖLÜM 1**

### **1.GİRİŞ**

Hem dünyada hem de Türkiye’de görülen ciddi bir sağlık ve yaşam sorunu olan kanser; anormal hücrelerin büyümesi ve kontrol dışı çoğalması olarak tanımlanan birçok etmenli bir hastalıktır (Gülbeyaz, 2017). Dünya’da kadınlarda en yaygın rastlanan kanser çeşidi; meme kanseridir ve ölüm oranının, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer aldığı bulgusu saptanılmıştır (American Cancer Society, 2014). Kadınlarda görülen kanserlerin %24’ünden oluşur. Görülme sıklığı son on yılda üç kat artmıştır (Özmen, 2009). Sağlık Bakanlığında alınan bilgilere göre; Türkiye’de meme kanserinin görülme sıklığı 100 binde 46.8’dir. Her sene 17.000’e yakın kadın meme kanseri tanısı almaktadır. Ülkemizde meme kanseri teşhisi konulan kadınların en sık yaş aralığı ise 50-69 yaş arasında olduğu görülmektedir (T.C Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Meme kanseri tanısı konulduktan sonra, uygulanan çeşitli cerrahi yöntemler söz konusudur. Meme kanserinde en fazla uygulanan tedavi yöntemlerinden biri mastektomidir. Mastektomi, memenin bir kısmı veya tüm meme dokusunun tamamının vücuttan alınmasıyla uygulanan cerrahi işlemdir. Kadınların beden imajının bozulmasına neden olmaktadır. Alanyazına bakıldığında, toplumun kadın memesine, dişilik, annelik, cinsellik, estetik görünüm, çekicilik, gibi semboller yüklediği anlaşılmaktadır. Mastektomi ile birlikte memenin alınmasının ardından, hasta kadın bu sembollerin kaybını yaşamakta, kendi bedenine duyduğu güveni kaybetmekte, birçok fiziksel ve psikososyal problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Okanlı, 2004). Bu sebeple, meme rekonstrüksiyonu (onarımı) denilen meme dokusunu yeniden oluşturma işlemi kadınlar için çok önemlidir. Hastanın ihtiyacına göre, meme onarım işlemi yapılmaktadır. İşlem, sadece meme implantı konularak, vücudun başka bölgesindeki dokuların kullanımı ile ya da hem meme implantı hem vücut dokusu kullanılarak yapılmaktadır. İlgili alanyazın taramasında,

gelişen cerrahi teknikler ve elde edilen başarılı sonuçlar, meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarının yayılmasını sağlasa da, yapılan araştırmalar ve çalışmalar istenilen onarım için halen kısıtlıdır (Aslaner, 2004). Meme gibi bir uzuv kaybı dışında, uygulanan tedavi yöntemlerine (radyoterapi, kemoterapi) bağlı olarak fiziksel ve psikososyal problemler ortaya çıkmaktadır. Psikososyal sorunlar olarak, nüksetme durumuna bağlı olarak korku, anksiyete, depresyon, beden algısının bozulması, gücünü yitirmiş olma ve cinsel işlev bozuklukları görülmekteyken; ağrı, lenfödem, ve enfeksiyon görülme tehlikesi fiziksel problemleri oluşturmaktadır (Çakmakçı, 2001; Knobf, 2002).

Meme kanseri tanılı kadınların, tedavi sürecine ve kansere uyumlanabilmesinde hastanın kendisine ait ve çevresel değişkenlerin etkisi bulunmaktadır. Çevresel değişkenleri, hastanın yakın çevresinden gördüğü ilgi, hastalık kazançları ve sosyal destek oluştururken; hasta ile ilgili değişkenleri yaşı, cinsiyeti, çalıştığı iş, hastalığa dair algısı, stresle baş edebilme becerisi, geçmiş yaşam hastalık öyküsü ve kişilik özellikleri gibi değişkenler oluşturur. Hastalıkla ilgili değişkenleri ise hastalığın gidişatı, zamanı, evresi, etkilenen uzuv, cerrahi müdahalenin türü, uygulanan diğer tedaviler oluşturmaktadır (Özkan ve Alçalar, 2009).

Mastektomili kadınlara uzuv kaybının getirileri arasında, hissettikleri yıpranma, parçalanma, deforme olma durumlarının beden algısını ciddi düzeyde etkilediği görülmektedir (Al-Ghazal ve ark., 1999). Kadınlarda meme kanser Türkiye’de ve dünyada hızla artan bir sağlık sorunudur. Bu nedenle merak edilen ve araştırılan bir konudur. İlgili alanyazında ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda, mastektominin hastanın beden imajını olumsuz etkilediği ve birçok psikososyal sorunlara yol açtığı görülmektedir. Ülkemizde mastektomili kadınlarla yapılan araştırmaların genelde evlilik doyumu ve eş uyumu üzerine olduğu görülmektedir. Beden algısı ve depresyon düzeyi ilişkisini inceleyen araştırmalar çoğunluktadır. Beden ve sosyal destek algısı ve depresyon düzeylerini bir arada inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışma bu yüzden özgünlük kazanmaktadır.

## 1.1. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, mastektominin beden ve sosyal destek algısının depresyon düzeyleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

## 1.2. Araştırmanın Hipotezleri

**H1:** Mastektomili kadınlarda beden algısı ve algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon düzeyi negatif yönde ilişkilidir.

**H2:** Mastektomili kadınlarda beden algısı ve algılanan sosyal destek düzeyi depresyon düzeyini yordayacaktır.

**H3:** Mastektomi sonrası meme onarımı yapılan kadınlarda beden algısı düzeyi , onarım yapılmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

## 1.3. Araştırma Soruları

1. Mastektomili kadınlarda depresyon düzeyi, beden ve sosyal destek algı düzeyleri, sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
2. Mastektomili ve sağlıklı grupların depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Mastektomili ve sağlıklı grupların algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Mastektomili ve sağlıklı grupların beden algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Sağlıklı kadınlarda beden algısı depresyon düzeyini yordar mı?

#### 1.4. Araştırmanın Önemi

Meme, kadının bedeninde önemli bir organdır. Mastektomili kadınlar alanında yapılan bilimsel çalışmaların psikososyal boyutunun az olduğu bilinen bir gerçektir. Kadınlarda, bebeklikten emzirmeyle başlayan ilk temas, ergenlik dönemiyle meme gelişimi sağlanarak cinsel kimliği oluşturur. Sonraki aşamada anne olan kadın bebeği emzirmesiyle oluşan annelik duygusuyla karşılıklı etkileşime geçmektedir. (Bolund ve ark., 1990).

Süt verme fonksiyonları haricinde meme; cinsellik, dişilik, çekicilik simgesi olduğundan, doku-uzuv durumuyla duygusal ve psikolojik anlamda önem taşımaktadır (Tünel, 2011).

Söz konusu değişkenlerin etkilerini inceleyebilmek amacıyla, çalışmamızda örneklem grubu 3 alt gruptan oluşturulması planlanmış olup, birinci grup, mastektomi yapılmış (onarım yok) meme kanseri hastalarından oluşurken, ikinci grup mastektomi sonrası implantla meme rekonstrüksiyonu yapılmış meme kanseri hastaları ve üçüncü grup ise mastektomi sonrası kendi dokusu ile meme rekonstrüksiyonu yapılmış meme kanseri hastalarından oluşturulması planlanmış ancak implant ve otolog onarım türüne sahip kadınlara ulaşma güçlüğü nedeniyle araştırmamızda gruplar birleştirilip toplu değerlendirme yapılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, bir grup mastektomili kadında algıladıkları sosyal destek ve beden algısı arasındaki ilişkide, depresyon düzeyinin aracı rolünün olup olmadığını incelemektir. Ek olarak, meme onarım tipleri (implant/ otolog) açısından farklılaşan meme kanseri hastalarının beden ve sosyal destek algısı ile depresyon düzeyleri bakımından anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı ve sosyodemografik formdaki değişkenlere göre; her bir hasta grubu içerisindeki (mastektomi olmuş ama onarım yok; mastektomi olmuş otolog onarım var; mastektomi olmuş implant ile onarım var) depresyon, beden ve sosyal destek algısı düzeylerinin ve gruplar arası depresyon, beden ve sosyal destek algısı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenecektir.

Söz konusu implantla onarılan memede yabancı bir cisim kullanıldığı için hastanın beden algısının otolog onarım gören hastaların beden algısından anlamlı olarak farklılaşması beklenmektedir. Meme onarım yöntemi olarak belirlenen alt grupların (onarım grubu) bedenlerini algılayış açısından incelenmesi önemlidir çünkü



araştırmada planlanan değişkenleri bir arada inceleyen çalışmalara Türkçe alanyazında rastlanmamıştır. Alanyazındaki bu eksikliğe gidermeye ve beden bütünlüğünün onarılması amacıyla yapılan meme onarım yöntemlerinin (implant- otolog) depresyon, beden algısı ve sosyal destek algısı üzerindeki etkilerinin incelenmesine yönelik yapılması araştırmayı zgn kılmaktadır. Ayrıca, yapılacak araştırmada, sosyal desteğin mastektomili hastalarda meydana gelen depresyon ve olumsuz beden algısı üzerindeki rolünün belirlenmesi ile sosyal destek ağlarının tedavi sürecinde veya bitiminde güçlendirilmesine yönelik birtakım çalışmaların yapılmasına olanak tanıyabilir.

Meme kanseri hastası kadınlarda, sosyodemografik özelliklerden; yaş, medeni durum, sosyal güvence, eğitim, ekonomik durum, sigara kullanımı, ailede kanser öyküsü, kronik hastalıklar, ocuk sahibi olma, hastalığın evresi, menopoz zamanı, geçirilen ameliyat türü, alınan tedavi türleri, süresi, devam edip etmediği, bakım verenin yakınlık derecesi, psikolojik yardım alması, yardımın türü gibi değişkenlerin sosyal destek ve beden algısını nasıl etkilediği ve depresyon düzeyine nasıl bir etki yarattığı araştırılacaktır.

### **1.5. Sınırlılıklar ve Sayılılar**

Bu araştırmanın örneklemini, 35 ve 70 yaş arasında değişen meme kanseri tanılı mastektomili 76 kadın, 125 sağlıklı kadın olmak üzere toplam 201 kişi den oluşmaktadır. Veriler 09.07.2019- 20.11.2019 tarihleri arasında daha önce Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi amaçlı başvuruda bulunan kişiler ve Antalya/ Serik ilçesinde yaşayan rastgele seçilmiş meme kanseri tanısı almış mastektomili ve tanı almamış sağlıklı kadınlardan oluşmaktadır.

### **1.6. Tanımlar**

**Beden algısı:** Beden algısı çok boyutlu bileşenlerden oluşan bir kavram olmakla birlikte bireyin kendi fiziksel görünümü ile ilgili algılarını, düşüncelerini, inançlarını, duygularını ve davranışlarını içeren kendi bedenine yönelik tutumları olarak tanımlanmaktadır (Tezcan, 2009).

**Algılanan sosyal destek:** Kişinin çevresinden edindiği sosyal, psikolojik ve ekonomik boyutta her türlü destek olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 1997).

**Depresyon:** Depresyon, çaresizlik hissi, ilgi, mutsuzluk ve istek kaybı, suçluluk duyguları, benlik saygısında azalma, enerjisizlik, uyku veya iştahta bozulma gibi özelliklerin görüldüğü günümüzde çok sık rastlanan psikolojik bir rahatsızlıktır (Çevik ve Volkan, 1993).

## BÖLÜM 2

### 2. GİRİŞ

#### 2.1.Mastektomi

Memenin bir kısmı veya tamamının alınmasına verilen cerrahi işlemin adı mastektomidir. Diğer bir deyişle memenin içinin boşaltılmasıdır. Meme kanseri teşhisi konulduktan sonra hastalığın evresine göre kişiye uygun tedavi planlanır ve ameliyata karar verilir. Eğer kanser koltuk altı lenf bezlerine veya uzak diğer dokulara sıçramışsa ve yaygın ödem yoksa hastanın memesi alınır (Arıkan, 2000).

Planlanan tedavi sonrası kadınları sancılı ve uzun bir süreç beklemektedir. Cerrahi işlem, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi gibi hastalığa özgü yöntemler uygulanmaktadır (Akçay, 2005). Meme kanserinde en yaygın kullanılan tedavi yöntemi ise cerrahi tedavidir. Cerrahi tedavi yöntemlerinden biri olan mastektomi ile birlikte 'meme'nin kaybı kadın kimliği için büyük önem taşır. Birçok toplumlarda kadının memesi; anneliğin, estetik görünümün, bebeğin beslenmesinin, cinselliğin sembolü olarak kullanılmaktadır. Bu yönden mastektomi ile yaşanan memenin kaybı; üretkenliğin, cinselliğin, dişiliğin, çekiciliğin kaybı olarak algılanıp, kadınlarda beden algısının bozulmasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda bazı psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Okanlı, 2004). Mastektomi sonrası yaşanan uzuv kaybını kadın, fiziksel görünümünün değişmesi sebebiyle beden algısını değiştirmek, benliğini bir tehdit olarak görmektedir. Bu durum çoğunlukla cinsel sorunlara yol açmaktadır (Çavdar, 2006).

Genç yaş grubundaki meme kanserli kadınların diğer kadınlara oranla benlik saygısının düşük olduğu, cinsellik ve bedensel imaj konularında fazla korktukları ve duygusal olarak stresli olmaları ve daha yaşlı meme kanserli kadınların genç yaş

grubundaki meme kanserli kadınlara oranla daha az cinsel sorun yaşadıkları bildirilmiştir (Babacan, 2006). Mastektomililerde lenfödem, ağrı, hareketlerinde sınırlılık, güç kaybı ve postür bozukluğu gibi fiziki problemler yaygın görülmektedir. Bununla birlikte beden algısında bozulma, daha erken menapoza girme, istenmeme, doğurganlıktaki kayıp, tedavi sürecinin ekonomi ve fiziksel sonuçları, eşler arası çatışma, terk edilme endişesi, ölüm ve tekrar etme korkusu iş ve kariyerini kaybetme korkusu gibi psikososyal sorunlar hastalarda yaygın görülmesine karşın, bu sorunlara dair araştırmalar kısıtlıdır (Aygın, 2003).

Bu sebeple, hastalarda mastektomi sonucu oluşan çeşitli psikososyal sorunların tespit edilmesi gerekmektedir. Tespit sonucu, gerekli müdahalelerin programlanması için çalışmalar yapılmalıdır (Bölükbaş ve Remzi, 1999).

Meme kanseri tedavisinde; Simple (total) mastektomi, Modifiye Radikal mastektomi, Parsiyel mastektomi, Radikal mastektomi gibi cerrahi işlemler kullanılmaktadır.

### **2.1.1.Radikal mastektomi**

Tüm meme dokusu, koltukaltındaki lenf bezleri ile meme dokusunun aşağısında olan göğüs setlerinin kaslarının da (M. Pectoralis Major/ Minör) alınma işlemidir. Mastektomi çeşitleri arasında dokunun bütünlüğünü en fazla bozan bir cerrahi işlemidir.

Yapılan çalışmalarda radikal mastektomi sonrası hastaların fiziksel görünümünün bozulmasına sebep olup, psikolojilerini de olumsuz yönde etkilemiştir.

### **2.1.2.Modifiye Radikal Mastektomi**

Koltuk altındaki lenflerin, meme dokusunun tamamının cerrahi işlemle alınmasıdır. 1. Ve 2. Evre meme kanseri tanımlı hastalarına uygun bir işlemidir. Meme dokusu aşağısında olan M. Pectoralis Major göğüs seti kası alınır, M. Pectoralis Minör ayrılır. Simple mastektomi + koltuk altı anatomizasyon şeklinde adlandırılır. Son zamanlarda en sık uygulanan cerrahi işlemidir (Asaoğlu ve Keçer, 2007).

### **2.1.3.Basit- Simple (Total) Mastektomi**

Meme başı, meme cildinin büyük bir kısmı, meme dokusunun tamamı ve areola alınır. Lenf bezlerinden bazıları da alınabilir. Ancak aksilla ve memenin altındaki kas grupları alınmaz. Pektoral kaslar yerinde bırakılarak bütün meme dokusunun çıkarılmasıdır (Keçer, 2007).

### **2.1.4.Parsiyel Mastektomi**

Memenin 4 de 1'i ile birlikte kanserli hücrelerin çıkarılma uygulamasıdır. Areola, koltukaltı lenf bezlerinden birkaçının, meme altındaki kasları örten zar tabakasının çıkarılması parsiyel, meme ucu ve mastektomi işlemidir. Memenin tamamı alınmadığı için doku bütünlüğü fazla bozulmamaktadır. Hastalarla yapılan görüşmeler ve işlem sonrası kontrollerde sonucu hem fiziksel görünüm hem de psikolojik uyum daha kolay sağlanabilmiştir.

### **2.1.5.Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu**

Mastektomiden sonra meme onarımı, memenin alınması sonrası yeniden bir memenin oluşturulma işlemidir. Meme rekonstrüksiyon işlemi mastektomi ile eş zamanlı yapılabilir veya tedaviden sonra geç zamanlı bir ameliyatla da yapılabilir. Son zamanlarda eş zamanlı ameliyat psikolojik açıdan daha olumlu sonuçlar vermekte, daha çok tercih edilen operasyon şeklidir (Harmer, 2006)

Yapılan cerrahi işlemle birlikte kadında dişiliğini kaybettiğini ve fiziki anlamda bütünlüğünün bozulduğunu düşünmektedir. Hastada sinirlilik, umutsuzluk-çaresizlik, şok, kızgınlık, kabullenmeme, bezginlik, yansıtma, depresyon, patolojik bağımlılık, psikolojik gerileme gibi tepkiler söz konusudur (Özkan, 1993).

Hastanın kansere ve cerrahi müdahaleye karşı duygusal ve devimsel tepkisi hastalığa dair değişkenler, hastaya dair değişkenler ve çevresel değişkenler olarak etkilidir.

Hastalıkla ilgili değişkenler; hastalığın zamanı, etkilenen organ, cerrahi işlemin çeşidi, evresi, geçerli diğer sağaltımlar, seyri gibi değişkenlerdir.

Hasta ile ilgili değişkenler; hastanın cinsiyet, kişiliği, yaşı, mesleği, önceki hastalık tecrübeleri, stresle başa çıkma, hastalığı algılayış biçimleridir.

Çevresel değişkenler; çevrenin hastalık algısı, hastanın ailevi bağı, değer yargıları, sosyal destek olarak sıralanabilir.

Kanser teşhisi hastada varoluşsal bir bunalım oluşturur. Birey, teşhis itibari ile bu bilinmeyen hâle “uyum sağlama süreci” ile yüz yüze gelmektedir. Hastalık, narsistik bütünlüğün tehditinden, kayıp-yas hayatı ve duygusu ve basit (doğal) sorununa kadar uzanan tepkileri kapsar (Özkan, 2009). Meme kanseri teşhisi konulan birçok hasta duygusal bir karmaşıklık içindedir (Akçay, 2005). İlk tepki geçici bir şaşırma halidir. Şaşırmanın etkisi geçtikçe “hayır, gerçek değil, sonuçlarımda karışıklık olmuştur, teşhis hatası var” düşüncesi oluşur. Bunun sonucu tahlillerini tekrarlama ve doktor değiştirme gibi davranışlar sık gözlenmektedir. Hasta kullandığı psikolojik savunma olan inkar yoluyla algılamış olduğu tehdidi ve tehlikeyi bilinç dışına atmak için kullanır. Yaşam süreci boyunca stres karşısında nasıl mücadele ettiğine, gerçeğin nasıl söylendiğine, durumunu kabullenmek için ayrılan zamana bağlı olarak inkardan sıyrılarak değişik savunma mekanizmaları kullanacaktır (Özkan, 2009). İnkâr aşaması ilk tepki olup, birkaç gün ya da hafta devam etmektedir. Hastanın mevcut durumla yüzleşme isteğine ve ihtiyacına özen gösterilmelidir. Fakat inkâr hasta cerrahi işlemi veya tedaviyi reddederse, durumunu gerçekçi değerlendiremezse, hastalığın ilerlemesine neden oluyorsa müdahale edilmelidir.

Birçok hasta ilginçtir ki “seçici inkâr” geliştirir. Yani, tahammül edebileceği değerde mevcut vaziyeti kabullenip, tedaviyi reddetmeksizin inkâr ederek bu yeni vaziyete alışmaya çalışırlar. Hastalığın her evresinde zaman zaman inkarla karşılaşılabilir. Hasta, hastalığın ciddiyetiyle karşılaşp anlamaya başladığında isyan etmeye başlar (Özkan, 2009). “Benim başıma neden geldi?”, “Neden ben?”, “Ben mağdurum?”, “O neden değil?” sorularını tekrarlar ve sorularına cevap arar. Hastanın öfke kontrolü yaşadığı ve rastgele yansıttığı için sosyal çevresi ve tedavi grubu açısından baş etmesi zor bir aşamadır. Ailedeki bireyler, özellikle bakımını üstlenen bireyler ilgisizlik ve beceriksizlikle suçlanır. Negatif duygular yansıtılır. Hekimler, gereksiz ve yorucu tetkikler isteyen, bir işe yaramayan, hangi tahlillerin isteneceğini bilmeyen kişilerdir. Öfkenin çoğunlukla hedefi hemşirelerdir. Ne yapsalar yanlıştır. Hastayı rahat bıraksalar ilgisiz olmakla suçlanıp,

sık ziyaretler etseler rahat bırakmamakla şikayet edip suçlanırlar. Hastanın öfkesinin nedenini düşünüp kişisel algılamak büyük sorunlara yol açar; tepkileri artarak sinirlenir; bu da sadece hastanın düşmancasına davranışlarını pekiştirir ve giderek yalnızlaşmasına sebep olur. Buradaki önemli sorun az kişinin hastayla empati yapmasıdır. Öfkenin kaynağının nereden geldiğini, nereye dayandığını anlamaya çalışmasıdır. Öfkenin yer değiştirdiğini, öfkeye sebep olanın hastalığın kendisi olduğu unutulmamalıdır.

Yukarıda da sözü edildiği gibi meme kanseri tedavisinin cerrahi süreçleri, diğer tedavi süreçlerine göre daha zorlu bir süreç olabilmektedir, çünkü hasta dişiliğin en belirgin simgesi olan memesini kaybetmektedir. Hem uzuv kaybı hem de ameliyat sonrası o bölgenin bütünlüğünün bozulması yaşam sürecini zorlaştırabileceği düşünülebilir.

## **2.2.Meme Kanserinde Risk Etmenleri**

Meme kanserinin nedenleri arasında tek bir etmenden söz etmek mümkün değildir.

Amerikan Kanser Derneği (ACS), Gözlem ve Sağlık Politikası 2010 yılındaki araştırmasında; beyaz kadınlarda Asyalı ya da Afrikalı, Amerikalı kadınlara göre meme kanserine daha sık gözlenmektedir. Az gelişmiş ülkeler gelişmiş ülkelere kıyasla meme kanseri riski daha yüksektir. En büyük sebebi yaşam standartlarındaki farktır. Ayrıca emzirme ve doğum şekillerinin farklılıkları da meme kanseri görülme sıklığının gelişmiş ülkelerde daha düşük olduğunu, erken yaşlarda yapılan doğumlar ve 1-2 yaş aralığında emzirilen her çocuk daha az gelişen ülkelere kıyaslandığında bu ülkelerde görülebilir (Cuzick, 2010). Belirli bir yaşta olma, meme kanserini etkileyen başka hormonal etmenlerdir. Meme kanseri riski hiç çocuğu olmayan kadınların çocuğu kadınlara kıyasla daha fazladır. İlk hamileliğin 30-35 yaş aralığından önce olması meme kanseri görülme riskini azalttığı ve 30-35 yaşlarından sonra ilk hamileliğin ise bu riski %26 arttırdığı yönünde tutarlı veriler bulunmaktadır. Yapılan alanyazın çalışmasında, emzirmenin her bir yılı için meme kanseri riskini %4.3 azaldığını göstermektedir (Helmrich, 1983).

Obezite ile hareketsizliğin artması da risk faktörleri arasında olup, hipotezler postmenopozal meme kanseri insidasının yetişkin kilosuna hemen hemen %1 oranında

artış olduğu yönündedir (Cuzick, 2010). Araştırmalar, fiziki anlamda aktif premenopozal kadınlarda daha da düşük olduğunu göstermektedir.

Ergenlikteki fiziksel etkinlik mühim derecede koruyucu nitelikte sayılabilir. Birinci derece akrabalarında meme kanseri tanısı olan, ya da soy geçmişinde 50 yaşından önce teşhis konulmuş birine sahipse, her iki memede meme kanseri gelişmiş kadınlarda meme kanseri riski daha yüksektir. Ayrıca, meme kanseri teşhisi konulan kadınların çoğunda aile geçmişinde kanser tanısı olmadığı belirtilmelidir.

Genç kadınlara oranla orta yaş ve yaşlı kadınlarda meme kanseri riski daha yüksek olduğu saptanılmıştır. Ayrıca 40 yaş itibariyle artan yaşla beraber risk artabilir. Meme kanseri olaylarının %76'sını 50 yaş üzeri olan kadınlar oluşturmaktadır.

Hastalığın gelişiminde belirleyici olan bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu faktörler şu şekilde sıralanabilir:

### **2.2.1.Cinsiyet**

Erkeklerde meme kanseri kadınlara oranla %1'den daha az olduğu saptanılmıştır. 146 kat daha az görülmektedir (Akçay, 2005).

### **2.2.2.Yaş**

Meme kanseri riski yaş ilerledikçe artmaktadır.20 yaş öncesi çok az olan meme kanserinin görülme sıklığı 30 yaş itibari artış göstermekte olup, bu yükseliş 40 yaş civarlarında süratlenir, en yüksek düzeye 60'lı yaşlarda ulaşmaktadır (Akçay, 2005).

### **2.2.3.Daha Önce Malign Veya Benign Meme Kanseri Hikayesinin Olması**

Meme kanseri sağaltımı uygulanmış kadınlarda ikincil meme kanseri riski, ilk teşhisden sonra her sene için %1 fazlalaşmaktadır (Tuzen ve ark., 2005). Atipik hiperplazi tespit edilmesi kadınlarda ise meme kanserinin ortaya çıkma riski 4 kat fazla olduğu saptanılmıştır (Akçay, 2005).

### **2.2.4.Aile öyküsü**

Anne, kız çocuk, kız kardeş vb. birincil aile üyelerinde meme kanseri hikayesinin olması, riski 2–3 kat arttırdığı bilinen bir gerçektir (Akçay, 2005). Bu oran



tüm meme kanserli kadınlar içinde %8 kısmını oluşturmaktadır (Darendeliler ve Ağaoğlu, 2003).

Meme kanseri teşhisinin erken yaşta konulması, biletral olması riski önemli derecede arttıran bir etmendir (Özkan, 2009). Menopoz öncesi devrede meme kanserine sahip kişinin birinci derece aile üyesinde görülme riski normale kıyasla 3 katına sahiptir (Akçay, 2005). Birinci derece aile üyelerinde menopoz öncesi, iki taraflı meme kanseri bulunan kadınlarda ortaya çıkan risk 9 kat artmaktadır ve ortalama %50'sinde kanser saptanılması ihtimal dahilindedir (Tuzen ve ark., 2005).

### **2.2.5. Menstrual Öykü**

Meme kanserinde ilk adet yaşı 12 olarak görülmüş olup bu yaştan önce ya da bu yaştan sonra ilk adetini görenler mukayese edildiğinde ilk adet yaşının geçen her yılda için meme kanseri riskinin %20 oranında düştüğü bilinmektedir (Tuzen ve ark., 2005).

Meme kanseri riski ve menopozun görülme yaşı arasında bir ilişki mevcuttur. Meme kanseri olmuş bütün kadınların 2/3'sinden fazlasının menopoz sonrası devirde olduğuna rastlanılmıştır. Meme kanseri tehlikesi, 45 yaş öncesi menopoza giren kadınların, 55 yaş sonrası menopoza girmiş kadınların 1/2'si kadar olduğu saptanılmıştır (Tuzen ve ark., 2005).

### **2.2.6. Genetik Faktörler**

Hastaların %25'inde genetik faktörlerin etkisi ile oluştuğu belirtilmektedir. Özellikle aile genetik yapılı meme kanseri teşhisli bireylerde genellikle BRCA-1 ve BRCA-2 genleri mevcut olduğu bilinmektedir (Balon, 2000). BRCA-1, 17. kromozom üstünde bulunur ve mutasyon sonucunda ailevi meme kanseri gelişiminde etkiye bulunur. BRCA-1'in genetik meme kanserli kadınların yaklaşık %50'sine etki etmektedir. BRCA-2 geni 13. kromozomda mevcuttur, genelde erken yaşta meme kanseri ve çift taraflı meme kanserinde etkilidir. BRCA-2 genine sahip olanların hastalığa yakalanma olasılığının %90 oranında olduğu belirtilmiştir (Bozfakıoğlu, 2002).

### **2.2.7.Östrojen Kullanımı**

Hayat süresi boyunca maruz kalınan östrojen oranı yükseldikçe meme kanseri tehlikesi de yükselmektedir (Clamp, 2003).

Menopozda olan kadınlara uzun vadeli (15 yıl üstü) östrojen alınması meme kanseri tehlikesini yükselttiği saptanılmıştır (Türkkahraman, 2005).

İlk doğum öncesi uzun zaman oral kontraseptif alanlar da tehlike altındadır (Tuzen ve ark., 2005).

### **2.2.8.Doğum Hikayesi**

İlk hamilelik yaşı ve meme kanseri arasında ilişki olduğu; evlenmemiş ya da hiç doğurmamış olanların tanı alma olasılığı, doğurmuşlara oranla daha fazladır. Genç yaşta doğum yapmanın, bu hastalık olasılığını düşürmekte etkin olan en önemli etkenlerdendir. Yapılan araştırmalarda da hamileliğin oluşturduğu koruyuculuğun, ilk hamilelik yaşıyla ilgili olması; ilk doğumunu 30 yaş sonrası yapanlarda, tanı olasılığının, ilk doğumu 18-20 yaş öncesi yapanlara oranla 2-4 kat daha çok; 35 yaş sonrası ilk doğum yapanların tanı bakımından güçlü bir tehlike altında olduğu öne sürülmektedir (Balon, 2000).

### **2.2.9.Alkol**

Bir günde ortalama 2-3 kadeh alkol içenlerde meme kanseri riski 1.41.7 kat yükselmektedir (Darendereliler, 2003).

### **2.2.10.Yağlı Diyet**

Özellikle fazla yağlı rejimin meme kanseri riskini arttırmaktadır. Yüksek yağlı rejim hem obeziteye neden olmakta hem de salınan insülin düzeyini yükseltmektedir. Kimi araştırmacılar bu durumun tümörün büyümesini tetiklediğini düşünmektedirler (Akçay, 2005).

### **2.2.11.Obesite**

Meme kanseri riskini artırdığı bilindiği halde halen tartışılan bir konudur. Östrojen, adipos dokuda toplanmaktadır. Toplanması sonucu, endojen östrojen

oluşumunu artırarak meme dokusunun daha çok östrojene sebep olduğu bilinen bir gerçekliktir (Akçay, 2005)

Tüm toplumlarda hazır gıda, hormonlu besinler ve yağlı diyet obesiteye yol açabilmektedir. Obesite ve sağlıksız yaşam alışkanlıkları başta kanser hastalığı olmak üzere birçok hastalıklara zemin oluşturabilmektedir.

### **2.2.12.Radyasyon**

Ergenlik döneminde ilerlemesini tamamlamamış meme dokusu radyasyon hassasiyeti olup, maruziyet sonrası birtakım gelişme bozuklukları ve meme kanserini oluşturmaktadır (Darenfereliler, 2003).

Yapılan araştırmalar göstermiştir ki meme kanserinin risk faktörlerini sadece bir sebeple açıklamanın zor olabileceği yönündedir. Bu nedenle genel bir kanı olarak, insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen tüm faktörler, hemen hemen birbirini etkilemektedir. Vücudumuzun herhangi bir bölümündeki bozukluk zamanla diğer bölümlerini etkilemektedir.

### **2.3.Meme kanserinin tedavisi**

(Cerrahi Müdahale) Ameliyat, kemoterapi, radyasyon, hormon tedavisi ve hedefli terapi meme kanseri tedavisinde kullanılabilir.

#### **2.3.1.Ameliyat**

Meme kanseri sağaltımında kullanılan eski yöntemler biri ameliyattır.Bu alandaki cerrahi eski Mısır, Yunanistan ve diğer bölgelere kadar uzanmaktadır(Bilynskyj, 2010). Cerrahi işlem, metastatik hastalık, rehabilitasyon ve rekonstrüksiyon gibi birçok yöne sahiptir. Ameliyatın kararlaştırılması kanserin aşaması,biyolojik özellikleri ve hastanın isteği gibi farklı etkenlere bağlıdır. Ayrıca hekimin memenin tamamının alınması ya da sadece belli bir kısmının alınması arasındaki seçimi yapması da söz konusudur. Hekimin öbür ihtimali lenf nodu ve sentinel lenf nodudiseksiyonunun alınmasıdır. Ayrıca ameliyat bittikten sonra meme rekonstrüksiyonuna gerek duyulabilir. Meme kanserinin erken dönemleri ile uğraşmak ve organı koruma ameliyatı modern tanı yöntemleri ile mümkündür.

### **2.3.2.Radyasyon**

Memede ki kanser hücrelerini ortadan kaldırmakta yüksek hedefli ve etkili bir tedavi yöntemidir.

### **2.3.3.Hedefli Terapi**

Kanser hücrelerinin seri ya da olağan dışı ilerlemesine izin veren kanser hücrelerinin belirli özellikleri doğrultusunda olan tedavi şeklidir. Amaçlanan tedaviler antikorları bulunduruyorsa, bağışıklık amaçlı terapiler adı verilmektedir. Meme kanseri tedavisinde kullanılmaya devam eden 3 hedef terapi bulunmaktadır. Bunlardan biri, HER2 (İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü) pozitif meme kanserlerine karşı kanser hücrelerinin hücre büyümesini önleyen kimyasal sinyaller alma kabiliyetini engelleyerek çalışan Herceptin'dir. Diğer Tykerb, HER2 pozitif meme kanserlerine karşı kontrolsüz hücre çoğalmasına sebep olabilecek bazı proteinleri engelleyerek çalışıyor. Avastin, kanser hücrelerinin büyümesi ve işlev görmesi gereken yeni kan damarlarının büyümesini engelleyerek çalışan başka bir hedefli tedavi türüdür.

### **2.3.4.Kemoterapi**

Kemoterapide, kanser bölgesindeki kanser hücrelerini yok etmek için ilaç kullanır. Vücudun diğer bölgelerine yayılan kanser hücrelerini de ortadan kaldırabilir. Kemoterapi, cerrahi müdahaleden sonra kalabilecek rastgele bir kanser hücrelerine karşı önlem almak için erken aşama invaziv meme kanseri sağaltımında kullanılmaktadır. Son düzey meme kanserini kanser hücrelerini mümkün oldukça ortadan kaldırmak ya da zedelemek amacıyla tedavi etmek için kullanılmaktadır. Kimi durumlarda kanseri ufaltmak için ameliyat öncesi kemoterapi verilebilir. Birçok kemoterapi ilacı mevcuttur.

Bunlardan biri Doxorubicindir. Bu ilaç, kemoterapide kullanılan bir ilaçtır. Mesane, meme, mide, akciğer, yumurtalıklar, tiroid, yumuşak doku sarkomu ve multiplmiyelom de dahil olmak üzere fazlaca geniş bir kanser grubunun tedavisinde sıklıkla kullanılır. Doxorubicin ilk kez 1950'lerde İtalya'daki Castel del Monte'deki topraktaki bakterilerden izole edildi.

### **2.3.5.Hormonal Terapi**

Memede kanserojen olarak da rol oynayan östrojen, başlıca tedavilerden biri de östrojeni etkisiz kılmaktır. Erken aşama hormon reseptörü olumlu meme kanseri tehlikesini ameliyattan sonrası oluşma ihtimalini azaltmaktadır veya ileri aşama veya metastatik hormon reseptör olumlu meme kanserlerinin çoğalmasını azaltmak ya da yavaşlamaya yardımcı olabilmek için östrojen miktarını azaltmak veya etkisini azaltmakla mümkün olabilir.

Selektif östrojen reseptör modülatörleri (SERM'ler) ya da seçici östrojen enzim modülatörleri (SEEM'ler) kullanarak östrojeni etkisiz kılmanın iki yoludur. Tamoksifen gibi SERM'ler östrojen reseptörü aracılığı ile çalışır ve östrojene müdahale eder. Aromataz inhibitörleri (formestan) gibi SEEM'ler, androjenikprekürsörlerden östrojen sentezini bastırma yoluyla çalışır.

Tamoksifen, meme kanserinin engellenmesi ve tedavisi için FDA onaylı bir ilaçtır ve günümüzde hem erken hem de ilerlemiş östrojen reseptörü pozitif meme kanseri tedavisinde kullanılmaktadır.

Tamoksifen, reseptörüne bağlanmak için östrojen ile yarış halinde olan östrojen reseptörünün bir antagonistidir. DNA sentezini azaltan ve östrojen etkilerini bastıran bir nükleer kompleks oluşturur. Östrojen reseptörü / tamoksifen kompleksi, östrojen tarafından ifade edilen genlerin durdurulması için birlikte inhibe eder (Bonnie ve Kenneth, 2016).

## **2.4.Depresyon**

### **2.4.1.Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi**

Depresyon, bireylerin yaşamaya dair istek ve zevkinin azaldığı, kişinin keder içinde hissettiği, geleceğe yönelik karamsar , geçmişine yönelik pişmanlık, suçluluk gibi duygu ve düşünceler- taşıdığı bazı anlarda ölüm düşüncelerinin olduğu, uyku, yeme düzeninde ve cinsel isteğinde değişmelerin görüldüğü bir rahatsızlıktır. Aynı zamanda depresyonda olan kişilerde, dünyaya karşı ilgilerinin azaldığı veya kaybolduğu, kendilerini ayıplama, kınama, benlik saygısı ve kendiliğiyle alakalı düşmelerin yaşandığı gözlemlenir (Çevik ve Volkan, 1993).

İdea, konuşma ve hareketlerde azalma, isteksizlik, hiçbir şeyden zevk alamama durumu,değersizlik, güçsüzlük, durgunluk, karamsarlık, fizyolojik fonksiyonlarda azalma gibi semptomları olan duygu durum depresyon olarak adlandırılmaktadır. Depresyon adını, Latince; bitkin, çekmek, aşağı doğru bastırmak, kederli cesaretini kırmak, gamlı, anlamına gelen ‘depressus’ kelimesinden almıştır. Depressus Türkçe’ye ‘çöküntü, çökkünlük’ diye uyarlanmıştır (Şeker, 2014).

Depresyon sık gözlemlenen bir rahatsızlıktır ve her beş bireyden birinin yaşamının bir döneminde depresyon geçirdiği bilinmektedir. Kadınların erkeklere oranla iki kat daha fazla depresyon olduğu ve kadınlarda 35-45 yaş, erkeklerde 55-70 yaş en çok depresyon yaşadıkları görüldüğü saptanılmıştır. Ailede depresyona yakalanan bir kişinin olması, kadın olmak, yalnızlık ve fakirliğin depresyon yaşama ihtimalini arttırmaktadır (Köse, 2009).

#### **2.4.2.Genel Görünüş ve Dış Görünüm**

Yüz çizgileri belirli, alın çizgileri yoğunlaşmış, omuzlar çökkün ve yüzde acılı bir görünüşün hakim olduğu görülmektedir. Sıklıkla üzüntülü ve tedirgin haldedirler. Yerinde duramama, sürekli hareket etme, el ovuşturma gibi psiko-motor ajitasyonlar gözlenmektedir (Şenkal, 2013).

#### **2.4.3.Konuşma ve İlişki**

Konuşma, olduğunca düşük ses ve yavaşlamış bir haldedir. Hasta soruları cevaplamaz. Hiç konuşmama (mutizm) durumu ileri düzey depresyonlarda görülmektedir. Umutsuzluk, ümitsizlik, karamsarlık, mutsuzluk, kaygı, acı ve yalnızlık temalı kelimeler söz konusudur. Üzüntü, kaygı ve diğer olumsuz duygular mimiklerle gözlenebilir. Jestlerin azaldığı gözlemlenenler arasındadır (Aktay, 2014).

#### **2.4.4.Duygulanım**

Ağlama krizleri, sinirlilik, tedirginlik, kaygı, yerinde duramama, bu hastalarda gözlemlenebilir. İsteksizlik hali mevcuttur. Eskiden yapılan faaliyetlerden zevk almama, hızlı sinirlenme, çevresindeki bireylerden hoşlanmama, nadir olarak sevdiklerine karşı hissettiği tüm duyguları kaybetmesi söz konusudur (Güleç, 2009).

Geleceğe dair olumsuz beklenti ve sonuçları, hastaların içinde bulunduğu devredeki karamsarlıklara neden olur. Tüm problemlerin daha kötüleşerek devam edeceğini hissine kapılırlar. Gelecek hakkındaki negatif beklentileri dolayısıyla kişileri intihar düşüncelerine, eğilimlerine ve girişimlerine neden olmaktadır. Depresyon hastanın yaşadığı mevcut durumuna, gelecekte de karşısına çıkacağına veya hali hazırdaki durumunun değişmeyeceği inanışına sahiptir (Tezel, 2003).

#### **2.4.5. Bilişsel Yetiler**

Bireyin şuuru çoğunlukla açıktır ama çok ağır depresiflerde şuur disoryante durumu söz konusu ihtimalindedir. Algıda bozulma çoğunlukla görülmezken, suçlayıcı ve aşağılayıcı işitsel varsanılara sahip hastalara seyrek rastlanmaktadır. Hatırlamama, unutkanlık gibi sızlanma olmak dışında gerçek bir bellek bozukluğu söz konusu değildir. Konuya odaklanma ve dikkatini verme konusunda güçlük çekmektedirler. Zamanın algılanmasında çarpıklık söz konusudur, zamanın çok zor ve yavaş ilerlediğini hatta hiç geçmediği gibi saatlerin durduğunu söylerler. Gerçekte yer, zaman, oryantasyonu tamdır. Sıklıkla karar verme konusunda güçlük çekmektedirler. Bellek işlevlerinde azalma, hatırlamada güçlük ve bellek yitimi depresyonda çoğunlukla ortaya çıkmaktadır (Güleç, 2009).

#### **2.4.6. İdea Akımı ve İçeriği**

Kendini suçlama eğiliminde olurlar, gelecek hakkında umutsuzluk hakimdir, hatalarda kendini sorumlu tutma gibi durumlar gözlemlenmektedir. Kendisini hiçbir işe yaramayan ve değersizleştiren, giderek varlığının gereksiz olduğundan bahseden hastalarda özsaygının azaldığı bilinen bir gerçekliktir (Öztürk, 2004).

Olaylar karşısında kendini sorumlu tutar, önceden olmuş ya da mevcut olaylarla alakalı abartılı bir suçluluk hissine sahiptir ve tüm bunlar için kendini sorumlu tutar. Cezalandırılma beklentilerine ve intihar girişimlerine, bu kendini suçlama durumu ve değersizlik içeren ideaları sebep olabilmektedir (Tezcan, 2004).

Depresyon, belirti ve şiddetle bağlantılı olarak düşünce içeriği belli oranlarda bozulmaktadır. Yetersizlikten kaynaklı kovuşturulma hezeyanları, kanser veya benzeri bir hastalığa sahip olduğuna dair somatik hezeyanlar, yok olacağına dair nihilistik hezeyanları da ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2004).

#### **2.4.7.Fizyolojik Belirtiler**

Kilo kaybı, iştahın azalması çoğunlukla gözlenmektedir. Aşırı yemek yeme ve kilo alma nadir olsa görülmektedir. Enerjisizlik, halsizlik, keyifsizlik ve çabuk yorulma, cinsel ilginin azalma görülür (Karayağız, 2013).

Nefes almada ve yutkunmada güçlüğü, taşikardi, yanma ya da karıncalanma durumu, hipotansiyon, hipertansiyon, hipertermi, huzursuzluk, gerginlik ve kaygılar gözlemlenenler arasındadır (Bozkurt, 2004).

Çoğu depresif hastalar çarpık beden algısına sahip olduğunu düşünürler yani fiziksel görünümünün, yüzünün bozulduğunu, olumsuz yönde değiştiği gibi olaylar çoğunlukla gözlenir. Dış görünüşünün çirkin, biçimsiz, kusurlu, şişman veya zayıf olduğu inancı sık gözlenilmektedir (Bozkurt, 2004).

#### **2.4.8.Depresyon Tanı ve Kriterleri**

Genellikle DSM verilerine göre yapılır.

Psikiyatrik bozukluklar: Bipolar depresyon, Distimi kişilik bozukluğu, siklotimi, yas, şizofreni, uyum bozukluğu, yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, paranoid bozukluklar, bunama başlığı altında değerlendirilir.

##### **2.4.8.1.DSM-V' e Göre Tanı Kriterleri**

İki haftada içerisinde aşağıdaki belirtilerin beş tanesinin var olması ve işlevselliğini büyük oranda etkilemesi beklenmektedir. Bu belirtilerden en az birisi 'çökkünlük veya ilgi yitirme' olmak durumundadır;

- 1) Ruhsal açıdan güçsüz hissetme durumu,
- 2) Ajitasyon ya da gerileme,
- 3) Yeme davranışında bozulma ve kilo verme veya alma,
- 4) Kendini değersiz görme,
- 5) Etkinliklere olan ilgide azalmanın olması,
- 6) Dikkatini toplamada güçlük ve kararsızlık,



- 7) Uykü problemlerinin olması,
- 8) Bitkinlik hali,
- 9) Tekrarlayan ölüm düşüncesinin olması (Köroğlu, 2013).

#### **2.4.9. Depresyonun Belirti ve Bulguları**

Depresyon küresel ölçekte olduğu gibi ölkemizde de psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görölenlerdendir.

Öztürk (2016) sık görölen depresyon belirtileri ve bulgularını şu şekilde sıralamaktadır:

- 1) Üzüntü, elem, bunaltı gibi çökkün bir duygu durum
- 2) Kişinin enerjisinin azalması, yorgun hissetmesi
- 3) Genel olarak istek ve ilginin azalması, dalgınlık hali
- 4) Psikomotor yavaşlama veya ajitasyon
- 5) Dikkati yoğunlaştırmada ve sürdürmede zorluk
- 6) Uykü ve iştahta azalma veya artma
- 7) Yetersizlik, değersizlik ve suçlu olduğuna dair düşünceler
- 8) Ölüm ve intihar düşüncelerinin olması

#### **2.4.10. Depresyon Sebepleri**

##### **2.4.10.1. Biyolojik Sebepler**

Kalıtım: Yakın akrabalarında duygu durum bozukluğuna sahip kişilerin riski yüksek olduğu araştırmalar doğrultusunda gösterilmiştir. Bu, aile üyelerinde depresyon yaşamış kişilerin depresyon yaşayacağı anlamına gelmemekte, fakat kişinin ailesinde depresyon öyküsünün bulunması depresyon riskini arttırmaktadır. Kişide gözlemlenen depresyon çeşitleri; distimik bozukluk, minör depresyon ve diğer hafif depresyonlarda kalıtımın etkisinin bulunmadığı fakat majör depresyonda ile psikotik depresyonda kalıtımın etkisi söz konusudur (Otlu, 2008).

Aile nedenli depresyonun genetik alt yapıya mı yoksa öğrenme sonucuna mı bağlı olduğu bilinmeyen bir gerçekliktir. Depresyona olanak sağlayan nedenlerin arasında depresif bir anne veya babayla yaşamak veya ebeveynlerden birisinin depresyonda olduğu için gerekli desteğin sağlanmaması nedenler arasında yer alabilir. Bunun yanı sıra, evlatlık edinilmiş fakat biyolojik ebeveynleri depresif olan çocuklarda depresyon görülme sıklığı yüksektir (Töngge, 2004 aktaran: Demir, 2010).

#### **2.4.10.2.Biyo-kimyasal Sebepler**

Nöroadrenalin ve serotonin eksikliği, depresyonun biyolojik sebepleriyle ilişkilidir. Birbirleriyle olan dengeleriyle ilgili problemler de vardır (Güleç, 2009).

#### **2.4.10.3.Psiko-sosyal Sebepler**

Kanserin her türünde tedavi sürecindeki en önemli faktör kişilerin morallerini yüksek tutmaları, stres ve kaygı gibi durumlardan uzak durmalarıdır. Özellikle meme kanserinde kadınların memelerinin alınmalarıyla beraber değişen fiziksel görünüm kadınları doğrudan etkileyebilmekte ve fiziksel görünümün değişmesi sonucunda kadınları daha depresif bir ruh haline sokabilmektedir. Bundan dolayı depresyon meme kanseri başta olmak üzere, tüm kanser türlerinde dikkat edilmesi gereken hususların başında gelebilir (Ay ve ark., 2018).

### **2.5.Meme Kanseri Vakalarında Beden Algısı Kavramı**

20. yy'da beden algısı mevzusu psikoloji biliminde olduğu gibi son yıllarda eğitim, sağlık gibi alanlarda da araştırılan konular arasında yer almakta, önemli bir konu haline gelmiştir (Kurt,2013). Beden algısı kavramı, nörolojik sorunlar, farmakoloji ve psikoloji alanlarında yapılan çalışmalarda çoğunlukla görülmektedir. Beden algısının sık bir şekilde araştırılmasının sebepleri bireyin negatif bir beden algısı hayatını olumsuz etkilemektedir. Birey dışarıdan nasıl görüldüğü hakkında endişelenmekte bu sebeple sosyal ortamlardan uzaklaşmaktadır (Aldan, 2013).

Beden algısının meydana gelmesinde birçok etmen etkili olmaktadır. Birey, yaşadığı kültürün etkisiyle ideal beden olarak belirlenmiş özelliklere sahip modellerden etkilenip beden algısının oluşmaya başlar. Böylelikle ideal olan beden ölçütleri aile arkadaşı, sosyal çevre, medya aracılığıyla belirlenmektedir. Medyanın

özendirilen beden ölçütleri ve beğenilen kişilerin fiziksel görünüşleri de bireylerin ideal beden algısını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Kalafat, 2006). Medyada, zayıf görünmek güzellikle değerlendirilmektedir. Medyanın kişilere kusursuz beden ve yüze sahip olmayı oluşturmaktadır. Bireylerin düşüncelerinde çocukluk dönemi itibari ile mükemmel erkek ve kadın algıları oluşmasına neden olmaktadır. Bu da kişinin kendisiyle çarpık bir beden algısı oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Göksan, 2007). Aile, bireyin beden algısı üzerinde etkili olan ciddi faktörler arasında yer almaktadır. Ailesinde kişinin çocukluktan itibaren bedeni hakkında yapılan negatif söylemler, bireyin beden algısıyla alakalı özgüvenine ve benlik algısının negatif yönde belirlenmesine zemin hazırlamaktadır (Arslangiray, 2013). Sosyal kaynaklar, bireylerde psikolojik iyi oluş halini etkilediği ve özgüvenine yansıdığı görülmektedir. Bu sosyal kaynaklar alay etme, görüntüsüyle ilgili negatif sözler söyleme gibi davranışlardan dolayı kişiyi olumsuz da etkileyebildiği görülmektedir. Birey bedeni hakkında diğer kişilerin ne düşündüğünü, fiziksel özelliklerinin kabul edilip ya da yok sayılacağı gibi düşüncelere sahiptir. Bedeni algılayışta, göz teması, sesin tonu gibi sözel olmayan tepkiler de önem arz etmektedir. Sözel olmayan tepkiler bireyde dış görünüşünün çevresi tarafından onaylanıp onaylanılmadığı açısından değerlidir (Oktan ve Şahin, 2010). Kişinin fiziksel görünüşü ile benlik algılayışı açısından farklılıklar mevcuttur. Birey, bedenini negatif algıladığında benlik saygısıyla alakalı problem yaşamaktadır. Beden algısı kişilerin yaşamında mühim bir yere sahiptir çoğunlukla bireyin bedeniyle alakalı hissi ile kendisi hakkındaki hissiyatı aynı olduğu görülmektedir (Güneş, 2009). Bireyin düşüncesindeki olması gereken beden ile mevcut bedeni arasındaki farkın beden algısı bozukluğunun temel sebebidir. Birey olması gereken bedenden ne kadar ayrılırsa kendisine karşı suçlama ve eleştirileri artar. Bu doğrultuda özgüveni düşmektedir. İdeal beden tip konusunda katı bir şekilde zorlamalara sık maruziyet sebebiyle kadınlarda erkeklere oranla daha fazla rastlanmaktadır (Aldan, 2013).

Meme, kadınlığın sembolik anlam taşıyan bir uzuv olması sebebiyle, meme kanseri teşhisi itibariyle kadının kendisini alımlı hissetmiyor oluşu ve ameliyat sonrasında beden algısına dair endişeleri ortaya çıkmaktadır (Gümüş, 2006). Kişinin kanser tanısı aldığı an itibariyle uzvuna ilişkin ve ölüm korkusu sebebiyle hissettiklerinin kayıp yas süreci ile benzerlik taşıdığı düşünülmektedir (Kübler-Ross & Kessler, 2007). Kişilerde şok, inkâr etme, öfke, pazarlık, depresyon gibi işaretlerin

görülmesi nedeniyle yitim ve yas süreci ile örtüşmektedir. Meme kanseri kadınların hayatlarında mühim bir evre olarak görülebilmektedir ve zorlayıcı psikososyal etmenlere sahip ciddi bir sağlık meselesidir. Bedenlerinde ortaya çıkan değişiklikler beden algısına dair sorunlara zemin hazırlamaktadır. Beden algısı hem fizyolojik hem de psikolojik boyutları içeren bir kavramdır. Beden algısı, bireylerin çevresel ilişkileri ve biyolojik süreçlerin algılayış biçimidir. Bu yüzden, kişilerin dış görünümündeki değişimlerin beden algısında değişimlere yol açtığı söz konusudur. Özellikle, sağlık problemlerinden kaynaklı veya bir kaza sonucunda uzuvlara etki edebilecek veya uzuv kaybına yol açabilecek durumların kişilerin beden algısı üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Kişi uzuv tahribatı veya kaybı sonucunda hayatının tehdit altında olduğunu düşünebilir, güvensizlik ve endişe duymaya başlar. Bu yüzden de beden imajı ile kişinin kendisi hakkındaki bilişsel süreçleri arasında önemli bir bağlantı olduğu düşünülebilir.

Kadınların meme kanseri tedavisi sürecinde kadınlıkla ilişkilendirilebilecek özelliklerinin kaybetmesi sebebiyle psikolojik ve sosyolojik sonuçları bakımından en çok incelenen kanser türünün meme kanseri olduğu bilinmektedir (Karabulut & Erci, 2009). Meme kanseri tedavisinin kişilerin fiziksel görünüşünde oluşturduğu tesir sebebiyle kadınların çökkünlük, kaygı, travma sonrası stres bozukluğu, sinirlilik durumu, düşük benlik saygısı gibi problemler söz konusu olabilmektedir. Hastalığın kişide hissettirdiği güvensizlik ve belirsizlik duygusunun yanı sıra, çekici olmadığı algısı sosyal olarak kendini geri çekmesi, yalnızlık ve ölüm korkusu yaşaması nedeniyle psikolojik rahatsızlıkların yaşanması riskini arttırmaktadır. Bu durum bireyin işlevselliği açısından önem arz etmektedir. Bu olayın sosyokültürel ve ülkelerin gelişmişlik seviyesinden ayrı olarak kadınlık algısı ile bağlantı kurularak evrensel bir sorun olarak görünmektedir (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 1999). Meme kanseri ameliyat sonrası doku yitimi gerçekleşen kadınlarda beden algısının değişmesi üzücü olan bir tecrübedir. Ameliyat öncesinde alınan kemoterapi sonucu saçın dökülmesi, kilo alımı ve halsizlik gibi şikayetlerin söz konusu psikolojik etmenleri arttırmaktadır. Tedavi sürecinde yer alabilen radyoterapinin bedende yol açtığı yanık ve kızarıklıklar da beden algısına negatif etki edebilecek tedavi tecrübesi arasındadır. (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 1999). Ameliyat sonrasında onarım işlemlerinin amacı, kadınların içinde bulunduğu negatif duygulanımı etkisiz hale getirmektir; ancak meme protezi kişide var olduğunu bildiği için etkisinden

kopamadığı kayıp düşünce hissini yaşamaktadır. Hastanın hissettiği yıkım ve dişiliğini kaybetmişlik hissi nedeniyle işlem uygulanan organına bakmaktan kaçınmasına, cinsel hayatını olumsuz etkilemesine ve sosyal yalıtıma neden olabilmektedir (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 1999; Bredin, 1999). Bireyin beden algısını etkileyen birçok bireysel etmen söz konusudur. Birey için bedeninin algılanması, dışardan nasıl görüldüğü, değişimin düzeyi ve gündelik yaşam işlevselliğinin olup olmadığıdır. Bunlar doğrultusunda, meme kanseri teşhisli kadınların beden algısı, istenmeyen değişimlere maruziyet nedeniyle oldukça etkilenmektedir (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 1999).

## **2.6.Meme Kanserli Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek Kavramının Tanımı Ve Kavrama İlişkin Genel Bilgiler**

Bireyin aile, arkadaş veya yaşamındaki diğer mühim bireylerden (akraba, eş, komşu) oluşan üç değişik kaynaktan alınan her tür yardım anlamındadır (Cohen ve Hoberman, 1983). Kişi bazı zamanlarda herhangi bir durum ya da olay esnasında yetersiz olduğunda aile, arkadaş ve hayatındaki diğer mühim kişilerden yararlanmaktadır.

Sosyal destek bağlılık, sevgi, sevecenlik, bir gruba aitlik duygusu,benlik saygısı gibi temel sosyal gereksinimlerin karşılanması sağlanarak psikolojik ve fiziksel sağlığı açısından olumlu bir etkiye sahiptir (Finfgeld-Connett, 2005).

Aile tarafından karşılanan sosyal destek, diğer kaynak türlerinden daha mühim görev almaktadır.Çünkü aile, bebeklik çağıyla birlikte sosyal desteğin ilk başlangıç alanıdır. Bireyin davranışlarının aile tarafından onaylanıp, takdir edilmesi, davranışları sonucu pozitif geri bildirimler vermesi kişinin özgüveni etkilemekte ve sorunlarla başa çıkması sosyal ilişki kurmasını etkiler (Çivilidağ, 2003).Sosyal destek, aile içi veya diğer sosyal ilişkilerdeki sorunların giderilmesinde, topluma adapte olma ve hayattaki zorluklarla başa çıkması ciddi etkendir. (Ünüvar, 2003). Kişinin sosyal desteğinin var oluşu hayat kalitesinin artmasına ve hastalığının iyileşmesine yardımcı olmasına olanak sağlamaktadır. (Ardahan,2006).

Wan, Jaccard ve Ramey de (1996)sosyal desteğin strese sebep olan faktörleri düşürdüğü,bireylerin sosyal ortamlara,durumlara bakış açısını etkilediğini,sosyal aktivitelerde bulunarak yaşam doyumu üzerinde etkili olduğu belirtmektedir.

Kişinin sosyal destek ihtiyacı ve ulaşılabilirliği yaşamı süresince birçok etmeden öncü olarak değişime uğradığı için sosyal destek algısını etkilediği saptanılmıştır (Bruhnn ve Philips, 1984). Kişinin bu sosyal destek algısı da bireyin hayatında birçok alana dokunmaktadır.

Fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarda sosyal destek, kişinin sağlığını korumada önemli bir rol oynamaktadır. Meme kanseri psikolojik, manevi ve sosyal boyutta sorunlara yol açmaktadır. Hastaların tedavi ve bakımında destekleyici yaklaşımlar önem arz etmektedir(Ayaz ve ark., 2008).

Meme kanseri tanı sonrası sosyal ağlar ve ölümleri üzerine yapılan bir çalışmada, 9267 meme kanserli kadın tanı sonrası 2 yıl boyunca izlenmiştir. Eş ve arkadaş ilişkileri, dini ve toplumla olan bağlar hakkında verilen toplanılmış olup araştırmada kadınlar 11 yıl izlenilmiştir. Bunun sonucu; 1.448 nüks ve 1.521 (990'nı meme kanseriyle ilişkili) kişi hayatını kaybetmiştir. Araştırma sonucu, sosyal bağları güçlü olan kadınlara oranla, zayıf sosyal bağlara sahip kadınların ölüm riskinin %43 daha yüksektir. Yalnız kadınların sosyal bağları güçlü kadınlara oranla meme kanserinden ölme ihtimalinin %64 daha yüksektir. Sosyal izolasyon ve kötü sonuçlar arasındaki ilişki, meme kanseri ilerlemiş kadınlarda daha belirgin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kroenke ve ark., 2017). Sosyal ağlar, sosyal destek ve hayatta kalma üzerine yapılan araştırmada, 2835 meme kanserli kadınlar izlenilmiştir. Sosyal olarak izole edilen kadınlar, arkadaşlar, akrabalar ve çocuklarının bakım hizmetlerinden mahrum kalmaları nedeniyle meme kanseri tanısı sonrasında yüksek ölüm oranı riski taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır (Kroenke ve ark., 2006).

**Aile desteği:** Meme kanseri teşhisi sonrası hem hasta hem de ailesi tarafından benzer emosyonel güçlükler oluşmaktadır (Hocaoğlu ve ark., 2007). Hastalık sonrası ailenin uyum süreci, başa çıkabilmek için çözüm yolları araması beklenilmektedir. Sağlıklı iletişim bu süreçte önemlidir (Ayaz ve ark., 2008, Ardahan ve Yeşilbalkan, 2010).

**Eş desteği:** Sherman ve arkadaşlarının (2009)' da yaptıkları araştırmada, meme kanseri teşhisi almış hasta ve eşlerini kapsamaktadır. Meme kanserli kadınların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile başa çıkma biçimleri arasındaki ilişki incelenmiş olup eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayanlar, kanser yaşantısının oluşturduğu sorun alanları ile daha etkin baş ettikleri gözlenmiştir. Eşleri

tarafından verilen destek düzeyi azaldıkça kadınların stres düzeyinin arttığı ve 14 yaşam kalitelerinin kötüleştiği, eşleri tarafından verilen destek düzeyi arttıkça stresle daha etkili baş ettikleri görülmüştür (Dagan ve ark., 2011; Akdeniz, 2012).

**Arkadaş desteği:** Sosyal destek dinamiktir ve zorlu koşullar ortaya çıktığı zaman değişir. Sosyal destekte savunuculuk önemli bir özelliktir. Güvenme, güçlendirme, onaylama, doğrulama, teşvik etmek gibi savunuculuk stratejilerini geliştirmektedir. Bu nedenle aile ve eş desteği kadar bireyin sosyalleşmesinde önemli yeri olan arkadaşların desteği de oldukça önemlidir (Finfgeld-Connett 2007, Ayaz ve ark., 2008). Meme kanseri tanı ve tedavisi fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi (spiritual) anlamda kadınların yaşamını birçok yönden etkileyen kriz durumudur ve sağlık profesyonellerinin titizlikle ele alması gereken bir konudur (Gümüş, 2006). Böyle bir zamanda özellikle bakım desteğinin kaynağı olan hemşirelerin, hastaların duygularını, fiziksel, psikolojik ve sosyal mücadelelerini gözlemleyerek, hastaların kendi kendine öğrenme stratejilerinde kolaylaştırıcı rolü üstlenmelidir (Remmers ve ark., 2010; Alves ve ark., 2012). Meme kanseri olan hastaların tedavi süresinde olan Türk kadınlarının deneyimleri ve başa çıkma etkenlerinin kolaylaştırma için yapılan çalışmada, iyi sosyal destek alan ve hemşirelerden gerekli bilgi ve ilgi gören hastaların meme kanseri ile daha kolay başa çıkabilecekleri saptanmıştır (Günüşen ve ark., 2013).

## **BÖLÜM 3**

### **3.YÖNTEM**

#### **3.1.Örneklem**

Bu çalışmanın örneklemini, 35 ve 70 yaş arasında değişen meme kanseri tanılı mastektomili kadınlardan oluşmaktadır. 80 kişi yüz yüze görüşülmüş, ancak 1 kişi verilen yaş aralığında olmaması durumundan diğer 3 kişinin ise analizde normal dağılım göstermemesi durumundan dolayı verileri analiz dışı bırakılmıştır. Araştırma 76 meme kanseri tanılı mastektomili kadın ve 125 sağlıklı kadın olmak üzere toplam 201 kişiden oluşturmaktadır. Veriler 09.07.2019- 20.11.2019 tarihleri arasında daha önceden Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi amaçlı başvuruda bulunan kişiler ve Antalya/ Serik ilçesinde yaşayan rastgele seçilmiş meme kanseri tanısı almış mastektomili kadınlardan oluşmaktadır.

#### **3.2.Veri Toplama Araçları**

Çalışmada, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu metninin ardından katılımcılara sırasıyla; Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beden Algısı Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklere yönelik bilgiler aşağıda bulunmaktadır.

##### **3.2.1.Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu (EK-2)**

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formudur. Yaş, kimlerle yaşadığı, medeni durum, gelir düzeyi, çalışma durumu, boy, kilo, sigara kullanımı, kaç yıl önce tanı aldığı, cerrahi müdahale yaşı, eşinin eğitim durumu, hastalık öyküsüne yönelik değişkenlere yönelik sorular yer almaktadır.



### **3.2.2. Beden Algısı Ölçeği (EK-3)**

Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) 40 maddelik beşli likert tipi (1=“Hiç beğenmiyorum”, 2=“Beğenmiyorum”, 3=“Kararsızım”, 4=“Beğeniyorum” ve 5=“Çok beğeniyorum”) bir ölçektir. Secord ve Jourard (1953) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini Hovardaoğlu (1993) gerçekleştirmiştir. Ölçek beden bölümlerine ilişkin veya bedenin işlevleri ile ilgili kişinin beğeni düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Değerlendirme toplam puanlarla (40 ile 200 arası) yapılmaktadır. Toplam puanın yüksekliği kişinin bedenine ilişkin doyum düzeyinin yüksek olduğunu gösterirken, kesme noktasının (135) altındaki puanlar beden algısına ilişkin doyumun düşüklüğüne işaret etmektedir. Hovardaoğlu (1993) tarafından bildirilmiş olan Cronbach Alfa katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

### **3.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-4)**

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçek, Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçek toplamda 12 maddeden ve üç alt boyuttan (aile, arkadaş, özel insan) oluşmaktadır. Her alt boyuttan 4 madde vardır ve 3.,4.,8.,11. sorular aileden alınan sosyal desteği, 6.,7.,9.,12. sorular arkadaştan alınan sosyal desteği ve 1., 2., 5., 10. sorular özel insandan alınan desteği ölçen maddelerdir. Ölçekte işaretlenecek cevaplar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerden alınan en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Alt ölçeklerin toplanmasıyla elde edilen toplam ölçek puanı ise en düşük 12, en yüksek 84 puandır. Bireyin ölçekten aldığı yüksek puan, sosyal destek algısının yüksek olduğunu göstermektedir. 2001 yılında ise Eker, Arkar ve Yıldız tarafından tekrar gözden geçirilerek geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin aile alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı .94, arkadaş .85, özel insan .90 ve toplam ölçek puanı .85 olarak hesaplanmıştır (Eker ve ark., 2001).

### 3.2.4. Beck Depresyon Envanteri (EK-5)

1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin toplam 21 maddesi vardır. Her madde için dört seçenek vardır. Seçenekler 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır ve bu puanların toplanmasıyla depresyon düzeyi elde edilmektedir. Ölçekten en yüksek 63 puan alınabilir ve yüksek puanlar depresyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Puana göre 0-11 arası olanlarda "depresyon yok", 11-16 arasında olanlarda "hafif düzeyde depresyon", 17-29 arasında olanlarda "orta düzeyde depresyon", 30- 39 arasında olanlarda "ciddi 22 depresyon", 40 ve üzeri puanı olanlarda "çok ciddi depresyon" olduğu ifade edilmektedir. Beck Depresyon Ölçeği'nin 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır ve iki versiyonun da Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu araştırmada kullanılacak olan 1978 formunun Cronbach alfa katsayısı .80, iki yarım test güvenilirlik katsayısı .74, test tekrar test güvenirligi sırasıyla .73 ve .65 olarak bulunmuştur. BDE ile MMPI-D skalası arasındaki korelasyon ise .63'tür (Hisli, 1989).

### 3.2.5. Verilerin Analizi

Analizler öncesinde verileri istatistiksel analizlere uygun hale getirmek amacıyla uç değer analizi yapılarak z değerleri hesaplanmıştır. Z değerleri  $-3.29 < z < 3.29$  aralığı dışında kalan 7 veri araştırma örnekleminde çıkarılmıştır. Bu işlemler sonucunda 201 katılımcıya ait veriler üzerinden araştırma analizi yürütülmüştür.

Araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile beden algısı, algılanan sosyal destek ve depresyon puanları arasındaki ilişkiler ve mastektomili ve sağlıklı grup karşılaştırmaları t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ardından beden algısı, algılanan sosyal destek ve depresyon puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Beden algısı ve sosyal desteğin kadınlardaki depresyon puanlarını yordayıcı etkisini değerlendirmek amacıyla regresyon analizi yürütülmüştür.

## BÖLÜM 4

### 4.BULGULAR

#### 4.1.Katılımcılar

Katılımcılar, yaşları 35 ile 70 aralığında değişen 76 Mastektomili ( $\chi_{ort}=49.17$ ,  $ss=9.00$ ), 125 sağlıklı ( $\chi_{ort}=44.4$ ,  $ss=6.87$ ) toplam 201 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin sıklık ve yüzdeler, Tablo 2.1’de sunulmuştur.

**Tablo 2. 1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdeler**

Değişken	Mastektomili (n=76)		Sağlıklı (n=125)	
	Sıklık (f)	Yüzde (%)	Sıklık (f)	Yüzde (%)
<b>Kimlerle yaşıyor</b>				
Yalnız	3	3.9	6	4.8
Eşim ve çocuklarımla	54	71.1	107	85.6
Eşimle	8	10.5	8	6.4
Eşim çocuklarımla ve diğer akrabalar	3	3.9	1	0.8
Diğer	8	10.5	3	2.4
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlkokul ve altı	39	51.3	33	26.4
Lise	14	18.4	43	34.4
Ön lisans ve üzeri	23	30.3	49	39.2
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	20	26.3	65	52.0
Çalışmıyor	56	73.7	60	48.0

**Tablo 2.1.(devamı) Katılımcılara Ait Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzelik Değerleri**

Değişken	Mastektomili (n=76)		Sağlıklı (n=125)			
	Sıklık (f)	Yüzde (%)	Sıklık (f)	Yüzde (%)		
<b>Ailede kanser öyküsü</b>						
Evet	42	55.3	75	60		
Hayır	34	44.7	50	40		
<b>Gelir düzeyi</b>						
Yeterli	25	32.9	55	44.0		
Orta	31	40.8	57	45.6		
Yetersiz	20	26.3	13	10.4		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	64	84.2	116	92.8		
Evli olmayan	12	15.8	9	7.2		
<b>Eş çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	42	55.3	103	82.4		
Çalışmıyor	24	31.6	13	10.4		
Belirtilmemiş	10	13.2	9	7.2		
<b>Eş eğitim durumu</b>						
Okuryazar değil	1	1.3	27	21.6		
İlkokul	19	25.0	8	6.4		
Ortaokul	11	14.5	39	31.2		
Lise	18	23.7	9	7.2		
Yüksekokul	2	2.6	33	26.4		
Üniversite	19	25.0	1	0.8		
Belirtilmemiş	6	7.9	8	6.4		
	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min- maks</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min- maks</b>
Yaş	49.17	9.01	35-70	44.4	6.87	35-70

## 4.2.Bulgular

Katılımcıların hastalık öyküsüne yönelik bilgiler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

**Tablo 3. 1. Katılımcıların Hastalık Öyküsüne Yönelik Sıklık ve Yüzdeler Değerleri**

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
<b>Emzirme durumu</b>		
Evet	68	89.5
Hayır	1	1.3
Belirtilmemiş	6	7.9
<b>Emzirme süresi</b>		
0-6 ay	13	17.1
7-12 ay	33	43.4
12-24 ay	22	28.9
Diğer	2	2.6
Belirtilmemiş	6	7.9
<b>Ailede kanser öyküsü</b>		
Evet	42	55.3
Hayır	34	44.7
<b>Kronik hastalık</b>		
Evet	29	38.2
Hayır	47	61.8
<b>Hastalık evresi</b>		
1	26	34.2
2	32	42.1
3	16	21.1
4	2	2.6

<b>Tanıdan önce menopoz</b>		
Evet	23	30.3
Hayır	53	69.7
<b>Tanıdan önce doğum</b>		
Evet	68	89.5
Hayır	7	9.2
<b>Hayır ise çocuk sahibi olma planı</b>		
Evet	5	6.6
Hayır	1	1.3
Belirtilmemiş	1	1.3
<b>Tedavi masraflarını karşılama durumu</b>		
Sosyal güvence	43	56.6
Ailem tarafından	12	15.8
Kendim	4	5.3
Sosyal güvence ve kendim	13	17.1
Sosyal güvence ve aile	3	3.9
Özel sağlık sigortası	1	1.3
<b>Ameliyat tipi</b>		
Sadece tümör	6	7.9
Memenin bir kısmı	1	1.3
Tek meme ve koltuk altı	55	72.4
Her iki meme ve koltuk altı	14	18.4
<b>Tanıdan sonraki tedavi</b>		
Cerrahi müdahale	38	50.0
Radyoterapi	28	36.8
Hormon tedavisi	2	2.6
Diğer	6	7.9
Belirtilmemiş	2	2.6

<b>Şu an alınan tedavi</b>		
Kemoterapi	3	3.9
Radyoterapi	2	2.6
Hormon	14	18.4
Diğer	14	18.4
Yok	38	50.0
Belirtilmemiş	5	6.6
<b>Hastalıkta bakıma yardımcı var mıydı?</b>		
Evet	69	90.8
Hayır	7	9.2
<b>Teşhis sonrası psikolojik yardım</b>		
Evet	10	13.2
<b>Evitse psikolojik destek türü</b>		
İlaç Tedavisi	8	10.5
İlaç ve psikoterapi	1	1.3
Psikoterapi	1	1.3
Hayır	66	86.8
<b>Cerrahi işlemden sonra onarım ameliyatı</b>		
Evet	30	39.5
<b>Evitse işlemden memnuniyet</b>		
Çok memnunum	9	11.8
Memnun değilim	2	2.6
Çok memnunum	4	5.3
Memnunum	15	19.7
<b>Onarım ile mastektomi aynı anda mı</b>		
Evet	19	25.0
Hayır	11	14.5

### Meme onarım yöntemi

Silikon	11	14.5
Otolog	18	23.7
İkisi	1	1.3
Hayır	46	60.5

---

	Ort	Ss	Min-maks
Yaş	49,17	9,01	35-70
Kaç yıl önce tanı aldığı	4,26	5,51	0-28
Cerrahi müdahale yaşı	45,72	7,88	33-69

---

#### 4.2.1. Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları

Mastektomili katılımcıların beden algısı, algılanan sosyal destek ve depresyon puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre BDE ile BAÖ toplam puanı arasında ( $r = -.39, p < .01$ ), ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu ( $r = -.29, p < .01$ ), ve ÇBASDÖ toplam puanı ( $r = -.24, p < .05$ ) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur (Tablo 3.2.)

**Tablo 3. 2. Mastektomili Katılımcıların Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları**

	1	2	3	4	5	6
1. BDE toplam	1	-.39**	-.18	-.29*	-.12	-.24*
2. BAÖ toplam		1	.08	.01	-.05	-.01
3. ÇBASDÖ Aile			1	.27*	.15	.51*
4. ÇBASDÖ Arkadaş				1	.69*	.86*
5. ÇBASDÖ Özel bir insan					1	.89*
6. ÇBASDÖ Toplam						1

---

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$



Sağlıklı katılımcıların beden algısı, algılanan sosyal destek ve depresyon puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre BDE ile BAÖ toplam puanı arasında negatif ( $r = -.48, p < .01$ ), BAÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu ( $r = .21, p < .05$ ) ve ÇBASDÖ toplam puanı ( $r = .23, p < .05$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. (Tablo 3.3.)

**Tablo 3. 3. Sağlıklı Katılımcılarının Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları**

	1	2	3	4	5	6
1.BDE toplam	1	-.48**	-.15	-.01	-.05	-.08
2.BAÖ toplam		1	.17	.14	.21*	.23*
3. ÇBASDÖ Aile			1	.26**	.30**	.61*
4. ÇBASDÖ Arkadaş				1	.54*	.81*
5. ÇBASDÖ Özel bir insan					1	.84*
6. ÇBASDÖ Toplam						1

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$

#### 4.2.2. Beden Algısı ve Algılanan Sosyal Desteğin Depresyonu Yordayıcı Etkisine Dair Regresyon Analizi Sonuçları

Beden algısı ve algılanan sosyal desteğin depresyon üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi uygulanmıştır. Beden algısı ve algılanan sosyal destek yordayıcı değişken, depresyon puanı ise yordanan değişken olarak ele alınmıştır.

Mastektomili katılımcıların çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre BAÖ toplam puanı ( $B = -.12, t = -3.79, p < .01$ ) ve algılanan sosyal desteğin ( $B = -.11, t = -2.28, p < .05$ ) negatif yönde depresyonun anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür [ $F(2,73) = 6.44, p < .01$ ].

**Tablo 3. 4. Depresyonu Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	B	T	P
BAÖ toplam	-.12	-3.79	.00**
ÇBASDÖ toplam	-.11	-2.28	.02*

R = .46      R<sup>2</sup>= .21  
F(2,73)=6.44 p=.00\*

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$

Sağlıklı grup katılımcılarının beden algısının depresyon üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek amacıyla uygulanan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçlarına göre BAÖ toplam puanının ( $B = -.17$ ,  $t = -6.09$ ,  $p < .01$ ) negatif yönde depresyonun anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür [ $F(2,122) = 37.15$ ,  $p < .01$ ] (Tablo 3.5.).

**Tablo 3. 5. Depresyonu Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	B	t	P
BAÖ toplam	-.16	-6.10	.00**

R = .48      R<sup>2</sup>= .23  
F(2,122)=37.15 p=.00\*

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$

#### 4.2.3. Onarım Ameliyatı ile Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Katılımcıların onarım ameliyatı olup olmamalarının ölçek puanları üzerindeki etkisi incelendiğinde bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçlarına göre BDE [ $t(74) = -1.65, p > .05$ ], BAÖ [ $t(74) = .33, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(74) = 1.78, p > .05$ ], arkadaş [ $t(74) = 1.21, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(74) = -.86, p > .05$ ] alt boyutları toplam puan [ $t(74) = .52, p > .05$ ] ortalamalarının onarım ameliyatı durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

Onarım türünün (otolog veya silikon) ölçek puanları üzerindeki etkisi incelendiğinde bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçlarına göre BDE [ $t(27) = .79, p > .05$ ], BAÖ [ $t(27) = -.49, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(27) = .37, p > .05$ ], arkadaş [ $t(27) = -.59, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(27) = -1.88, p > .05$ ] alt boyutları puan ortalamalarının ve toplam puanının [ $t(27) = -1.32, p > .05$ ] üzerinde onarım türünün istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur ( $p > .05$ ).

#### 4.2.4. Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Puanları ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

**Eğitim durumu:** Mastektomili katılımcıların BDE [ $F(2,73) = 1.93, p > .05$ ], BAÖ [ $F(2,73) = .08, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $F(2,73) = 2.96, p > .05$ ], ÇBASDÖ arkadaş [ $F(2,73) = 1.53, p > .05$ ], ÇBASDÖ özel bir insan [ $F(2,73) = 1.42, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $F(2,73) = 2.16, p > .05$ ] puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur.

Sağlıklı katılımcıların BDE [ $F(2,122) = .63, p > .05$ ], BAÖ [ $F(2,122) = .77, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $F(2,122) = .20, p > .05$ ], ÇBASDÖ arkadaş [ $F(2,73) = 1.57, p > .05$ ], ÇBASDÖ özel bir insan [ $F(2,122) = 1.49, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $F(2,122) = .97, p > .05$ ] puan ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre

puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.

**Medeni durum:** Mastektomili katılımcıların medeni durumları ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre evli olan ve olmayan katılımcıların BDE [ $t(74) = .51, p > .05$ ], BAÖ [ $t(74) = -1.43, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(74) = .49, p > .05$ ], arkadaş [ $t(74) = -.70, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(74) = -.79, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $t(74) = -.56, p > .05$ ] puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Sağlıklı katılımcıların medeni durumları ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre evli olan ve olmayan katılımcıların BDE [ $t(123) = .19, p > .05$ ], BAÖ [ $t(123) = -.97, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(123) = 1.19, p > .05$ ], arkadaş [ $t(123) = -.22, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(123) = .66, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $t(123) = -.20, p > .05$ ] puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

**Çalışma durumu:** Yürütülen bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre mastektomili katılımcıların çalışma durumunun BDE [ $t(74) = -.34, p > .05$ ], BAÖ [ $t(74) = -.37, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(74) = -.76, p > .05$ ] ve özel bir insan [ $t(74) = 1.69, p > .05$ ] alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu [ $t(74) = 2.38, p < .05$ ] ve toplam puanı [ $t(74) = 2.14, p < .05$ ] ise çalışma durumuna göre farklılaşmaktadır (Tablo 3.6).

**Tablo 3. 6. Mastektomili Katılımcıların ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin t-Testi Sonuçları**

	Çalışma durumu	N	Ort.	Ss	Df	t	P
ÇBASDÖ arkadaş	Çalışıyor	20	25.15	3.95	74	2.38	.02*
	Çalışmıyor	56	21.87	5.66			
ÇBASDÖ toplam	Çalışıyor	20	72.95	13.60	74	2.14	.03*
	Çalışmıyor	56	65.30	13.73			

\*:  $p < .05$

Sağlıklı katılımcıların çalışma durumları ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre çalışan ve çalışmayan katılımcıların BDE [ $t(123) = .48, p > .05$ ], BAÖ [ $t(123) = -.92, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(123) = -.07, p > .05$ ], arkadaş [ $t(123) = 1.14, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(123) = .83, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $t(123) = -.91, p > .05$ ] puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

**Gelir düzeyi:** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre mastektomili katılımcıların BDE [ $F(2,73) = .53, p > .05$ ], ÇBASDÖ arkadaş [ $F(2,73) = 3.11, p > .05$ ] ve özel bir insan [ $F(2,73) = 2.61, p > .05$ ] alt boyutları puan ortalamaları ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. BAÖ toplam [ $F(2,73) = 5.13, p < .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $F(2,73) = 9.73, p < .05$ ] ve ÇBASDÖ toplam puanlarının [ $F(2,73) = 4.90, p < .05$ ] ise gelir düzeyine göre anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür. Yürütülen Bonferroni Post Hoc testi sonuçlarına göre, gelir düzeyini yeterli ( $\chi_{ort} = 151.88, s = 15.87$ ) olarak belirten katılımcıların BAÖ toplam puan ortalamaları orta olarak ( $\chi_{ort} = 136.26, s = 20.56$ ) belirten katılımcıların puan ortalamalarından; gelir düzeyi yeterli olan ( $\chi_{ort} = 26.00, s = 3.00$ ) katılımcıların ÇBASDÖ aile alt boyutu puan ortalamaları yetersiz olanlardan ( $\chi_{ort} = 21.15, s = 5.98$ ); gelir durumu orta olan ( $\chi_{ort} = 72.03, s = 10.05$ ) katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları yetersiz olanlardan ( $\chi_{ort} = 60.05, s = 15.19$ ) anlamlı derecede yüksektir (Tablo 3.7).

**Tablo 3. 7. Mastektomili Katılımcıların BAÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gelir Düzeyine Göre Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

	Gelir düzeyi	N	Ort.	Ss	F	P
BAÖ toplam	Yeterli	25	151.88	15.87	5.13	.01*
	Orta	31	136.25	2056		
ÇBASDÖ aile	Yeterli	25	26.0	3.0	9.73	.01*
	Yetersiz	20	21.15	5.98		
ÇBASDÖ toplam	Orta	31	72.03	10.05	4.89	.01*
	Yetersiz	20	60.05	15.19		

Sağlıklı grup içinde yer alan katılımcıların BDE [ $F(2,122)= 3.193 p > .05$ ] BAÖ [ $F(2,122)= 2.54 p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $F(2,122)= .29 p > .05$ ], ÇBASDÖ arkadaş [ $F(2,73)= .40 p > .05$ ], ÇBASDÖ özel bir insan [ $F(2,122)= .84 p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $F(2,122)= .37 p > .05$ ] puan ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.

**Ailede kanser öyküsü:** Mastektomili katılımcıların ailesinde kanser öyküsü olup olmamalarının ölçek puanları üzerindeki etkisi incelendiğinde bağımsız örneklem t testi analizi sonuçlarına göre BDE [ $t(74)= -.84, p > .05$ ], BAÖ [ $t(74)= 1.57, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(74)= 1.75, p > .05$ ], arkadaş [ $t(74)= -1.28, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(74)= -.96, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $t(74)= -.50, p > .05$ ] puan ortalamalarının kronik hastalık durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur.

Sağlıklı gruptaki katılımcıların ailesinde kanser öyküsü olup olmama durumları ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre katılımcıların BDE [ $t(123)= -.16, p > .05$ ], BAÖ [ $t(123)= -.12, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(123)= 1.99, p > .05$ ], arkadaş [ $t(123)= -1.32, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(123)= .33, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $t(123)= .25, p > .05$ ] puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

**Kronik hastalık:** Mastektomili katılımcıların kronik hastalık sahibi olup olmamalarının ölçek puanları üzerindeki etkisi incelendiğinde bağımsız örneklem t testi analizi sonuçlarına göre BDE [ $t(74)= .20, p > .05$ ], BAÖ [ $t(74)= 1.92, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(74)= -.88, p > .05$ ], arkadaş [ $t(74)= .81, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(74)= 1.35, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $t(74)= .80, p > .05$ ] puan ortalamalarının kronik hastalık durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur.

Sağlıklı gruptaki katılımcıların kronik hastalık sahibi olup olmama durumları ile

araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre katılımcıların BDE [ $t(123)= 1.82, p > .05$ ], BAÖ [ $t(123)= -.97, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(123)= .87, p > .05$ ], arkadaş [ $t(123)= .79, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(123)= -.03, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam

[ $t(123)= .64, p > .05$ ] puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

**Hastalık evresi:** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre mastektomili katılımcıların BDE [ $F(2,73)= 2.26, p > .05$ ], BAÖ [ $F(2,73)= 1.76, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $F(2,73)= 1.51, p > .05$ ], arkadaş [ $F(2,73)= 1.48, p > .05$ ], özel bir insan [ $F(2,73)= .19, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $F(2,73)= .56, p > .05$ ] puan ortalamalarının hastalık evresine göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Menopoz durumu:** Mastektomili katılımcıların tanıdan önce menopoza girip girmediklerinin ölçek puanları üzerindeki etkisi bağımsız örneklem t testi analizi ile incelenmiştir. Buna göre menopoz durumunun ve BDE [ $t(74)= -1.25, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(74)= .47, p > .05$ ], arkadaş [ $t(74)= 1.20, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(74)= 1.39, p > .05$ ] ve toplam [ $t(74)= 1.41, p > .05$ ] puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. BAÖ toplam puan ise menopoz durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [ $t(74)= 2.34, p < .05$ ] (Tablo 3.8).

**Tablo 3. 8. Mastektomili Katılımcıların BAÖ Toplam Puanının Menopoz Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin t-Testi Sonuçları**

	Menopoz Durumu	N	Ort.	Ss	df	T	P
BAÖ toplam	Evet	23	149.74	17.79	74	2.34	.02*
	Hayır	53	137.77	21.46			

\*:  $p < .05$

**Tedavi türü:** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre mastektomili katılımcıların BDE [ $F(2,71)= 1.62, p > .05$ ], BAÖ [ $F(2,71)= .83, p > .05$ ], ÇBASDÖ

aile [ $F(2,71)= .75, p > .05$ ], arkadaş [ $F(2,71)= .39, p > .05$ ], özel bir insan [ $F(2,71)= .44, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $F(2,71)= .13, p > .05$ ] puan ortalamalarının tanıdan sonraki tedavi türüne göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Tanıdan sonraki tedavi:** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre mastektomili katılımcıların BDE [ $F(3,70)= 1.15, p > .05$ ], BAÖ [ $F(3,70)= .55, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $F(3,70)= .67, p > .05$ ], arkadaş [ $F(3,70)= .27, p > .05$ ], özel bir insan [ $F(3,70)= .34, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $F(3,70)= .16, p > .05$ ] puan ortalamalarının tanıdan sonraki tedaviye göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Şu an alınan tedavi:** Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre mastektomili katılımcıların BDE [ $F(4,66)= 2.13, p > .05$ ], BAÖ [ $F(4,66)= 1.43, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $F(4,66)= .85, p > .05$ ], arkadaş [ $F(4,66)= .35, p > .05$ ], özel bir insan [ $F(4,66)= 1.11, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $F(4,66)= .62, p > .05$ ] puan ortalamalarının tanıdan sonraki tedaviye göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Psikolojik yardım:** Mastektomili katılımcıların tedavi sonrası psikolojik yardım alıp almadıklarının ölçek puanları üzerindeki etkisi bağımsız örneklem t testi analizi incelenmiştir. Buna göre BDE [ $t(74)= .54, p > .05$ ], BAÖ [ $t(74)= .06, p > .05$ ], ÇBASDÖ aile [ $t(74)= -.69, p > .05$ ], arkadaş [ $t(74)= 1.42, p > .05$ ], özel bir insan [ $t(74)= -.12, p > .05$ ] alt boyutları ve toplam [ $t(74)= .26, p > .05$ ] puan ortalamalarının psikolojik yardım durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Emzirme süresi:** Emzirme süresinin ölçek puanları üzerindeki etkisi Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Buna göre mastektomili katılımcıların emzirme süresinin BDE [ $F(3,66)= .48, p > .05$ ], BAÖ [ $F(3,66)= .53, p > .05$ ]



ÇBASDÖ arkadaş [ $F(3,66)= 2.55, p > .05$ ] ve özel bir insan alt boyutları [ $F(3,66)= .71, p > .05$ ] puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. ÇBASDÖ aile [ $F(3,66)= 4.25, p < .05$ ] ve ÇBASDÖ toplam puanı [ $F(3,66)= 3.10, p < .05$ ] emzirme süresine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Yürütülen Bonferroni Post Hoc testi sonuçlarına göre, emzirme süresini 7-12 ay olarak ( $\chi_{ort} = 25.94 s = 2.85$ ) belirten katılımcıların ÇBASDÖ aile puan ortalamaları 0-6 ay ( $\chi_{ort} = 22.08 s = 5.91$ ) olarak belirten katılımcıların puan ortalamalarından; emzirme süresi 7-12 ay olan katılımcıların ( $\chi_{ort} = 71.64 s = 9.77$ ) ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları 0-6 ay ( $\chi_{ort} = 62.77 s = 14.66$ ) ve 12- 24 ay olan ( $\chi_{ort} = 64.04 s = 16.54$ ) katılımcılardan anlamlı derecede yüksektir (Tablo 3.9).

**Tablo 3. 9. Mastektomili Katılımcıların ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Emzirme Süresine Göre Farklılaşmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

	Emzirme süresi	N	Ort.	Ss	F	P
ÇBASDÖ aile	0-6 ay	13	22.08	5.91	4.25	.01*
	7-12 ay	33	25.94	2.85		
ÇBASDÖ toplam	0-6 ay	13	62.77	14.66		
	7-12 ay	33	71.64	9.77	3.10	.03*
	12-24 ay	22	64.04	16.54		

\*:  $p < .05$

#### **4.2.5. Mastektomi Uygulanmış ve Sağlıklı Grup Katılımcıların Beden Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Puanlarına İlişkin Bulgular**

Mastektomili katılımcıların doldurdıkları ölçeklerin toplam ve alt boyut puanları tablo 3.10'da gösterilmiştir

**Tablo 3. 10. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin ortalama, standart sapma ve minimum maksimum değerleri**

	Ortalama	SS	Min-Maks.
BDE	13.74	6.60	0-32
BAÖ	141.39	21.04	73-187
ÇBASDÖ aile	24.50	4.42	9-28
ÇBASDÖ arkadaş	22.74	5.43	7-28
ÇBASDÖ özel bir insan	20.08	8.01	4-28
ÇBASDÖ toplam	67.32	14.02	36-84

BDE: Beck Depresyon Envanteri; BAÖ: Beden Algısı Ölçeği; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Sağlıklı grup katılımcıların doldurdıkları ölçeklerin toplam ve alt boyut puanları tablo 3.11.'da gösterilmiştir

**Tablo 3. 11. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin ortalama, standart sapma ve minimum maksimum değerleri**

	Ortalama	SS	Min-Maks.
BDE	14.33	8.79	0-43
BAÖ	143.79	26.31	62-200
ÇBASDÖ aile	23.68	5.28	6-28
ÇBASDÖ arkadaş	21.18	6.99	7-28
ÇBASDÖ özel bir insan	19.74	7.56	4-28
ÇBASDÖ toplam	64.59	15.28	18-84

BDE: Beck Depresyon Envanteri; BAÖ: Beden Algısı Ölçeği; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Mastektomi uygulanmış katılımcılar ile sağlıklı grup katılımcılarının depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek

amacıyla bağımsız gruplar t-testi analizi yapılmıştır. Bağımsız gruplar t-testi analizi sonuçlarına göre depresyon puanının Mastektomi uygulanmış ve sağlıklı gruplara göre anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

Mastektomi uygulanmış katılımcılar ile sağlıklı grup katılımcılarının beden algısı puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız gruplar t-testi analizi sonuçlarına göre katılımcıların beden algısı puanlarının Mastektomi uygulanmış ve sağlıklı gruplara göre anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ) alt ölçek puanları ve toplam puanlarının mastektomi uygulanmış katılımcılar ile sağlıklı grup katılımcıları arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız gruplar t-testi analizi sonuçlarına göre katılımcıların ÇBASDÖ Aile, ÇBASDÖ Arkadaş, ÇBASDÖ Özel bir insan ve ÇBASDÖ toplam puanlarının anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

## BÖLÜM 5

### 5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, bir grup mastektomili kadında beden ve sosyal destek algısının depresyon düzeyine ilişkisini incelenmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda araştırmadaki değişkenlerin, sosyodemografik özelliklere göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik değerlendirmeler yapılmıştır. Elde edilen bulgular literatür ışığında değerlendirilmiştir. Verilerin yaşları 35 ve 70 arasında değişen 76 meme kanseri tanılı mastektomili kadın, meme kanseri tanısı almamış 125 sağlıklı kadın olmak üzere toplam 201 kişi üzerinden değerlendirilmiştir. Veriler daha önce Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi amaçlı başvuruda bulunan kişiler ve Antalya/ Serik ilçesinde yaşayan rastgele seçilmiş mastektomili kadınlar ve meme kanseri teşhisi olmayan sağlıklı kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırmamızda çalışma ve kontrol grubu yaş, kimlerle yaşadığı, eğitim, eşin eğitim ve çalışma durumu, medeni durum bakımından benzer niteliktedir. İki grup arasında sosyodemografik değişkenlerden çalışma durumunun olup olmaması ve ekonomik gelir düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Meme kanseri teşhisi kadınların çalışma hayatlarında, kariyerlerinde ve bunun sonucu maddi boyutunda ciddi sorunlara sebep olduğu literatür bilgisiyle desteklenmektedir. Bu sorunlar, iş hayatına geri dönememe, başka iş bulmada zorluk, kanserli olduğu için dışlanmışlık, çalışma hayatı ve öncelik sırasındaki değişimler olarak düşünülebilir. Bu problemler genelde, sağlık güvencesi, tekrar iş hayatına dönememe, çalışma etkinlikleri ve önceliklerindeki değişim sıralamaları, damgalanma ve verilen iş ayrımı gibi sorunlardır (Tünel, 2011). Meme kanserinin tedavi zamanı, sebep olduğu ağrı, yorgunluk hissiyatı ve psikolojik sorunların sonucu düşünüldüğünde öncelik sırasının değişeceği için çalışma hayatını etkileyeceği ve gelir düzeyindeki farklılıklar olması kaçınılmazdır.

Dünyada kadınlarda en yaygın rastlanılan kanser türü; meme kanseridir. Türkiye’de meme kanseri teşhisi dünyadaki gibi artış göstermektedir. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı 2014 istatistiklerine göre “tanı konulan her dört kadından biri meme kanseridir ve 2014 yılında 16.646 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur (Şencan ve Keskinçılıç, 2017: 46). Meme kanseri teşhisinde kadınlar için cinsiyetten sonra ikinci risk etmeni; yaşıdır. Meme kanseri vakalarının yaklaşık %75’i, 50 yaş üstü olduğu görülmektedir (Ravdin ve ark., 2007). Araştırmamız sonucu; meme kanserli grubun tanı yaşının ortalama 49,17 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tanı yaşının 40 yaş ve üzeri olması meme kanserinin yaş ile birlikte arttığını göstermektedir (Eti Aslan ve Gürkan, 2007).

Araştırmaya katılan meme kanserli grubun kadınların çoğu evli (%84,2), eşi ve çocuklarıyla yaşayan (%71,1), ilkökul eğitime sahip (%36,8), ilkökul ve altı eğitime sahip (%51,3), çalışmayan (%73,7), orta gelir düzeyinde bulunan (%40,8), eşinin çalışma durumu olan (%55,3), eşi ilkökul mezunu (%20,5) eşi üniversite eğitime sahip (%25,0), çocuklarını emziren (%89,5), emzirme süresi 7-12 ay (%43,4), ailede kanser öyküsü bulunan (%55,3), kronik hastalığı olmayan (%61,8), 2.evrede tanı almış (%42,1), tanıdan önce menopoza girmemiş (%69,7), tanıdan önce çocuk sahibi olmuş (%89,5), tedavi masraflarını sosyal güvence ile karşılayan (%56,6), tek meme meme ve koltukaltı alınmış ameliyat tipine sahip (%72,4), tanıdan sonra; cerrahi müdahale (%50,0) ve radyoterapi tedavisi gören (%36,8), şu an tedavi görmeyen(%50,0), teşhis sonrası psikolojik yardım almamış (%86,8), onarım ameliyatı olmamış (%60,5), silikon ile meme onarım ameliyatı olmuş (%14,5), otolog yöntemi ile meme onarım ameliyatı olmuş (%23,7), cerrahi işlemden sonra onarım ameliyatı geçirmiş (hem otolog hem implantla onarım türüne sahip kadınlar toplamı) memnun olan (%19,7) bireyler ve çalışmadaki tanı almamış sağlıklı gruptaki kadınların yaş ortalaması 44.4 olmakla, çoğu evli(%92,8), eşi ve çocuklarıyla yaşayan (%85,6), önlisans ve üzeri eğitime sahip(%39,2), çalışan(%52,0), orta gelir düzeyine sahip(%45,6), eşinin çalışma durumu olan (%82,4), eşi ortaokul eğitime sahip(%31,2) bireyler katılmıştır.

Ölçek puanları sosyodemografik değişkenler açısından incelendiğinde, çalışma durumu, gelir düzeyi, menopoz durumu, emzirme süresi değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Yaş, eğitim durumu, medeni durum, kronik hastalık,

hastalık evresi, tedavi türü, psikolojik yardım değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Medeni duruma baktığımızda; mastektomili kadınların büyük oranda evli olduğu bulgusu literatürle örtüşmektedir (Lee ve ark.,2017: Matrai ve ark., 2014: Tsai, Kuo ve Chung, 2017). Manos' un evli kadınlarla yaptığı çalışmada sonucu; evli kadınların benlik saygısı ve vücut algısı, bekar meme kanserli kadınlara oranla yüksek bulunmuştur. Medeni durumun vücut algısı üzerinde önemli etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır. Araştırmamız sonucu mastektomili hastaların eğitim durumu; ilkökul (n:28), lise (n:14), üniversite (n:17) olduğu saptanmıştır. Matrai ve ark., 2014 araştırması sonucu mastektomili hastaların; ilkökul-ortaokul mezunu bulgusu araştırmamıza paralellik göstermektedir. Araştırmaya katılan gruptaki mastektomili kadınların orta gelir düzeyinde (%40,8) olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, Kim ve ark., 2015'te yapmış olduğu araştırma sonucuyla örtüşmektedir. Tsai ve ark., 2017'de yaptığı araştırma sonuçları doğrultusunda; mastektomili hastaların düşük sosyoekonomik gelir düzeyine; Hvilsom ve arkadaşlarının 2011'de yaptığı çalışmada mastektomi sonrası rekonstrüktif (onarım) işlem yapanların yüksek sosyoekonomik düzeye sahip oldukları saptanmıştır.

Literatürde meme kanseri tanılı mastektomili kadın ve sağlıklı gruplar arasında beden algısı ve depresyon düzeyini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Anagnostopoulos ve Myrghianni 2009'da 70 sağlıklı kadın ve 70 mastektomili kadın olmak üzere toplam 140 kişiden oluşan bir çalışmanın karşılaştırma sonucu, tanı almamış sağlıklı kadınların beden algıları, mastektomili kadınlara göre daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ahn ve arkadaşları (2006) tarafından mastektomili olan ve tanı almamış sağlıklı kadınlar arasında yapılan karşılaştırmada da benzer şekilde sağlıklı kadınların beden algıları daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Beklenenin tersine, bizim çalışmamızda mastektomi olan ve sağlıklı gruplar arasında karşılaştırılan beden ve sosyal destek algı puanı, depresyon puanının anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmüştür. Örneklemimizin bir üniversite hastanesinde tedavi amaçlı başvuruda bulunmuş olup takip altında olan ve tedavi ekibi ile yakın ilişkide, sağlıklı iletişimde bulunan hastalardan oluşmasının, bu bulgu üzerinde etkili etmenlerden biri olduğu düşünülmektedir. Bununla ilişkili olarak, yeterli tıbbi ve sosyal destek depresyon düzeylerini düşürmüş olabileceği ileri sürülebilir.

Ülkemizde total mastektomi ameliyatı geçirmiş hastaların rekonstrüktif (onarım) işlem yapanlara oranla daha düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Sertöz ve ark., 2004).

Mastektomi olan hastaların depresyon düzeyi; mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılan hastalar ve meme koruyucu ameliyat olan hastalardan daha yüksektir (Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey, 2000). Rubino, Figus, Loretta ve Sechi (2007: 516), Sun ve arkadaşları (2014: 26), Al-Ghazal, Sully, Fallowfield ve Blamey'in (2000: 18) araştırmalarının sonuçları da bu bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, çalışan kadınların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu ve toplam puanı çalışmayan kadınların puanlarına göre daha yüksektir. Pfizer'in Breast Cancer: A Story Half Told (Meme Kanseri: Yarım Anlatılan Bir Hikâye) adlı, 2014 yılında Harris Poll araştırma şirketi tarafından online olarak yapılan araştırmanın örneklemi; teşhis aldıktan sonra çalışan veya iş arayan 1.002 kadın meme kanseri hastası, 102 işveren ve meme kanseri hastalarını tedavi eden 200 sağlık çalışan oluşturmaktadır. Bulgu sonucu; meme kanseri teşhisi alan kadınların tedavi görürken de iş hayatından ayrılmak istemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan metastatik evredekiler de dahil olan meme kanseri tanılı kadınların ekonomik ve duygusal nedenlerle çalışmak isteği bulgusu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların (%56)'sı mevcut durumuyla çalışmayı tercih etmektedir. Bu konudaki araştırma; kadınların çalışma durumu nedenleri arasında; (%59) 'u gelir sağlama, normal hissetme arzusu (%29), kişisel tatmin isteği (%38), (%41) ise psikososyal nedenler olarak gösterilmektedir. Metastatik meme kanser teşhisli kadınlarda daha erken evre meme kanseri teşhisi almış kadınlara göre çalışma durumunun kendini normal hissetme arzusuna oranı %48 olarak bulunmuştur.

BAÖ ve ÇBASDÖ ölçeklerinden alınan puanların ortalama gelir düzeyine göre; gelir düzeyi yeterli olan hastaların (151,88) BAÖ toplam puan ortalamaları orta gelir düzeyine sahip(136,26) olan kadınların puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir. Gelir düzeyi yeterli olan(26,00) kadın katılımcıların ÇBASDÖ aile alt boyutu puan ortalamaları yetersiz olanlardan (21,15); gelir durumu orta olan (72,03) katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları yetersiz olanlardan (65,05) anlamlı derecede daha yüksektir.

Türkiye’de meme kanseri batı ülkelere göre premenopozal dönemde daha sık görülmektedir. Çalışmada vakaların %50’si 50 yaş altındadır (Özmen, 2008). Araştırmamıza katılan mastektomili kadınların fazlasının menopoza döneminde olması, literatür bilgisi ile uyumaktadır (Kattlove H, 2003). Araştırmamızda tanıdan sonra menopoza girmiş mastektomili kadın %69.7 olarak saptanmıştır. Veri sonucu; tanıdan önce menopoza giren kadınların beden algı puanları menopoza girmemiş kadınların puanlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Dökmen, (2009); orta yaş kadınında menopozun, ruh sağlığını tehdit etmediğini, daha çok eğitim, ekonomik durumun, çalışma durumunun beden algısı ve ruh sağlığı ile ilişkisi olduğu saptanmıştır. Araştırmanın genelinde; sosyokültürel görüşü destekleyen veriler sonucunu ulaşılmıştır. Kadının toplumdaki rolünün belirleyen özellikleri arasında; eğitim düzeyi, çalışma hayatı ve sosyoekonomik durumu gibi kadınlığıyla bedenini algılayış biçiminin ruh sağlığı için mühim olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Menopoz, kadın hayatının doğal bir parçası olarak, doğurganlığın bitişini temsil etmektedir. Mastektomi ile birlikte memenin alınması, kadının memesine atfedilen sembollerin (cinsellik, çekicilik, estetik görünüm, kadınlık, annelik) kaybına, menopoza durumu ile doğurganlığın bitmesi beden algısı üzerine etkisi olduğu görüşü desteklenmektedir.

Emzirme süresi 7-12 ay olan kadınların ÇBASDÖ aile puan ortalamaları 0-6 ay olarak belirten kadınların puan ortalamalarından; emzirme süresi 7-12 ay olan kadınların toplam puan ortalamaları 0-6 ay ve 12- 24 ay olan kadınlardan anlamlı derecede yüksektir. Meme kanseri tehlikesini emzirme azaltmaktadır. Emzirmeyen kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (Brinton, 1995). Türkiye’de meme kanseri tehlikesini azaltmada emzirmenin etkisini belirleyi yönde yapılmış araştırmaya rastlanılmamıştır. Hacettepe Üniversitesinin 1998 yılındaki verilerine göre; Türkiye’de, çocuk sahibi olan kadınların %95’i çocuklarını emzirmekte, emzirmenin kadınların meme kanseri riskine yakalanma riskini azaltması kadınlar için avantaj olarak düşünülebilir. Garip, 2008’in yapmış olduğu çalışmada; doğum sayısı ile uygulanan cerrahi arasında bir ilişkinin olduğu, doğum sayısı arttıkça hastaların ameliyat tercihleri meme koruyucu cerrahiden daha çok modifiye radikal mastektomi yönünde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Emzirme ile uygulanan işlem arasında emzirme hikayesi olan hastaların daha az meme koruyucu cerrahi tercih etmekte, emzirme ile oluşan olası kozmetik olumsuzluğun meme koruyucu cerrahinin tercih edilmemesinde sebep olduğu düşünülmüştür.



BDE, BAÖ, ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel insan alt boyutları toplam puan ortalamalarının onarım ameliyatı durumuna göre anlamlı derecede farklılaşma bulunmamıştır. Farklılık çıkmaması; grupların homojen olmaması, örneklem sayısı, tanı aldığı yıllar ve zaman konusu ile ilişkili olup, ilerleyen araştırmalarda dikkate alınması gerekir.

Kanser hastaları ve depresyon ilişkisini inceleyen bir araştırmada yaklaşık %58' depresyon oranı bulunmuş olup, mastektominin ise endişelere, narsisistik zedelenmeye ve psikolojik davranışlara yol açabildiği ortaya konmuştur (Levin ve Kisanne, 2006).

Beden algısı puanları arttıkça depresyon puanları azaldığı saptanmıştır. Farklı ameliyat tiplerini karşılaştıran birçok araştırmada mastektominin beden algısını olumsuz yönde etkilemektedir (Avis ve ark, 2004; Sertöz ve ark., 2004; Nano,2005; Engel ve ark., 2004). Mastektomi olan hastalarda rekonstrüktif (onarım) işlem yapan hastalara oranla sadece bir yıla kadar yüksek depresyon görüldüğü, bir yılın sonunda depresyon düzeyinin birbirine benzerlik göstermesi bulgusu saptanmıştır (Harcourt ve ark.,2003). Sağlıklı katılımcıların BDE ile BAÖ toplam puanı arasında negatif, BAÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur.

Kişinin, yaşamın zorlayıcı yönleriyle ve stresin olumsuz etkileri ile başa etmesinde sosyal ilişkilerin önemli olduğu bilinmektedir (Ardahan, 2006). Meme kanseri tanısıyla birçok konuda güçlükler yaşayan hastaya aile bireylerinin, akraba, arkadaşlarının sağladığı sosyal destek, hastanın kendisini daha iyi hissetmesine olanak sağlaması düşünülmektedir. Çalışmamızda da elde edilen sonuç; algılanan sosyal destek arkadaş alt boyutu için arttıkça depresyon puanları düşmekte olduğu bulgusu literatür bilgisi ile örtüşmektedir. Mastektomili kadınlarda beden algısının ve sosyal desteğin toplam puanının depresyon düzeylerine yordayıcı etkisi saptanmıştır. Çalışmamızda, sağlıklı grup katılımcılarının BAÖ toplam puanının negatif yönde depresyonun anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan biri, çalışma meme kanseri tanısı ile mastektomi yapılmış (onarım yok), meme kanseri tanısı ile

mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu (onarım) yapılmış kadın hastaların depresyon, beden algısı, sosyal destek algı düzeylerine göre farklılaşmasına bakılıp literatüre katkı sağlayacağı konunun ise; meme onarım türüne (implant- silikon) göre mastektomi sonrası bozulan beden algıları arasındaki farklılıklar incelenmesi planlanmış olup, yeterli örneklem sayısına ulaşamamanın sebebiyle araştırma onarım ameliyatı geçirmiş ya da geçirmemiş kadınları tek grup altında olan mastektomili kadın hasta grubu olarak değerlendirilmiştir.

Diğer kısıtlama, örneklem, Pendik Eğitim Araştırma Hastanesine tanı amaçlı başvuruda bulunmuş meme kanseri tanılı mastektomi kadınlardan, Antalya/ Serik'ten uygun örneklem üzerinden elde alınan sonuçlar üzerine oluşmaktadır bu durum, araştırmanın genellenebilirliğini düşürmektedir. Örneklem grubunun sayısını arttırmak çalışmanın güvenilirliğini arttırmakla birlikte izlenen analiz yönteminde daha güvenilir olmasına imkan sağlayabilir. Benzer çalışmalarda daha geniş katılımcı grubuyla yapılması, diğer demografik değişkenleri (grupların homojen dağılmış olması, tanı alınan yıl, şehirler arası karşılaştırma) dikkate alınması gerekmektedir.

## **BÖLÜM 6**

### **6. ÖNERİLER**

Dünya genelinde kadınlar arasında en yaygın görülen kanser türü olan; meme kanseri erken tanının önemi oldukça önemlidir. Özellikle ilk basamak sağlık hizmeti verilen aile sağlığı merkezlerinde kadınların belirli aralıklarda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

İlerleyen araştırmalarda, daha geniş sosyoekonomik gelir düzeyine sahip kesimlerle çalışılması, daha çeşitli medeni duruma sahip olan sayıca büyük gruplarla daha kapsamlı araştırmaların yapılması, çok boyutlu değerlendirilmesi dahilinde istatistiksel olarak daha anlamlı sonuçlara ulaşılabilir.

Memenin kaybıyla giden sembolik anlamların farklı değişkenler aracılığıyla ortaya çıkan psikolojik sorunların daha iyi anlaşılmasına neden olacaktır.

## Kaynakça

- Akçay, D. (2005). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Akçay, D. ve Gözüm, S. (2012). Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(4), 191-199
- Akdeniz EB, 2012. Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3, 2.
- Aldan, Karademir, Ç., (2013) Öğretmen Adaylarının Sorgulama ve Eleştirel Düşünme Becerilerinin Öğretmen Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L. ve Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15), 1938-1943.
- Al-Ghazal, S. K., Sully, L., Fallowfield, L. ve Blamey, R. W. (2000). The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology*, 26(1), 17-19.
- Alper, Y., *Depresyonun Psikodinamiği*. I Sayıl (ed): İntihar'da, Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 2002, s.39-46.
- Alves PC, Santos MCL, Fernandes AFC, 2012. Stress and coping strategies for women diagnosed with breast cancer: a transversal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11, 2, 305-18.

- American Cancer Society. (2014). Breast Cancer Facts and Figures. Atlanta: American Cancer Society.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9:68-75.
- Ardahan M, Yeşilbalkan Ö, 2010. Perceived Family Support of Women With Breast Cancer and Affecting Factors in Turkey. *Asia Pac J Cancer Prev*, 11, 1425-9.
- Arıkan Refik, Travmatik bir yaşantı, meme kanseri ve mastektomi, *Kriz Dergisi*, 9, 2000.
- Arslangiray, N. (2013) Üniversite Öğrencilerinde Beden İmajının Yordayıcıları olarak Bağlanma Stilleri ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri, Ankara.
- Ata, A. Vural, A. ve Keskin, F. (2014). Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal*, 14(3), 74 -84
- Avis N, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2004; 13: 295-308.
- Ay, F. Tektaş, E., Mak, A., Aktay, N. Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2018;9(3):147-152
- Ayaz S, Efe ŞY, Sinan K, 2008. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28, 6, 880-5
- Aygin Dilek, Meme kanseri ve cinsel fonksiyon. 2. Uluslararası -9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu, Antalya, 2003.
- Babacan Gümüş, A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-114. 70
- Balon, J., Wehrwein, T.C. (2000). Cancer of the Breast. G.J. Moore-Higgs (Ed.). *Women and Cancer. A Gynecologic Oncology Nursing Perspective*. (2ed. pp: 318- 355). Jones and Bartlett Publishers.
- Bilinskyj Borys, The breast cancer treatment as a marker of progress in oncology, *Exp Oncol* 32,3, 2010.

- Brinton LA, Potischman NA, Swanson CA, Schoenberg JB, Coates R, Gammon MD, Malone KE, Stanford JL, Dailing JR. Breast-feeding and breast cancer risk. *Cancer Causes Control* 1995; 6 (3):199- 208.
- Bolund, C., Holland, J.C., Zittoun, R. (1990). Crisis And Coping. *Psychosocial Aspect of Oncology*, 13-25.
- Bozfakıoğlu, Yavuz, Genel Cerrahi s, 557-561, Cilt 1, İ.Ü. *İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2002
- Bozkurt, N. "Bir grup üniversite öğrencisinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler." *Eğitim ve Bilim* 29.133, 2004.
- Bölükbaş Nurgül, Çevik Remzi, Mastektomili Hastalarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, 1999.
- Bruhn, J. G., & Philips, B. U. (1984). Measuring social support: A synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 151–169
- Çavdar, İ. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 64-66.
- Çevik. A., Volkan, V.D. (1993). Depresyonun psikodinamik etiyojisi. Depresyon Monografaları Serisi, 109-122.
- Christopher Peterson ve Martin E. Seligman, Causal explanations as a risk factor for depression, *Theory and evidence*, *Psychological review* 91.3, 1984, s.347.
- Clamp, A., Danson S., Demons M. (2003). Hormonal And Genetic Risk Factors For Breast Cancer. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 23-31.
- Cuzick Jack, Ivana Sestak, Micheal Baum, Aman Buzdar, Anthony Howell, Mitch Dowsett, John Forbes, Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer, 10,year analysis of the ATAC trial *The lancet oncology* 11, 2010.
- Cohen, S. ve Hoberman, H. (1983). Olumlu olaylar ve yaşamın tamponları olarak sosyal destekler stresi değiştirir. *Uygulamalı Sosyal Psikoloji Dergisi*, 13, 99-125. *Uygulamalı Sosyal Psikoloji Dergisi*, 13, 99-125.
- Çivilidağ, A. (2003). Anadolu Lisesi ve Özel Lise Öğretmenlerinin İş Tatmini, İş

Stresi ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Dagan M, Sanderman R, Schokker MC, Wiggers T, Baas PC, Van Haastert M, Hagedoorn M, 2011. Spousal support and changes in distress over time in couples coping with cancer: the role of personal control. *Journal of Family Psychology*, 25, 2, 310.

Deroo Bonnie, Korach Kenneth, Estrogen receptors and human disease, *The Journal of clinical investigation*, 116,3,2016.

Darendeliler E., ve Ağaoğlu F. Y., Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etiyolojisi, İçinde: *Meme Kanseri*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003, s.13-33.

Eti Aslan, F. ve Gürkan, A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2), 63-68

Florence Nightingale Grup, (2017). ‘Kadınlarda meme kanserinin diğer kanser tipleri içerisindeki oranı’, Florence Nightingale Grup İstatistikleri Resmi Web Sitesi, <https://www.florence.com.tr/> (Erişim Tarihi: 11.12.2019)

Garip, M., (2008) meme kanseri nedeniyle opere olan hastalarda meme koruyucu cerrahi veya radikal mastektomi kararını etkileyen faktörler ve cerrahi türünün hasta üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.

Göksan, B., 2007, Ergenlerde Beden İmajı ve Beden Dismorfik Bozukluğu, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi

Güneş, İ. (2009). Medyada Yer alan kadın bedeni imgeleri ve kadınlarda beden imgesi hoşnutsuzluğu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

Gülbeyaz, C. (2017) Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım (Nobel Tıp Kitabevleri, 2017).

Güleç, C., *Psikiyatri'nin ABC'si*. 2. Baskı, Say Yayınları, İstanbul, 2009, s.121-148.

Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.

- Gümüş Aysun Babacan, Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 2006.
- Günüşen NP, İnan FŞ, Üstün B, 2013. Experiences of Turkish women with breast cancer during the treatment process and facilitating coping factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14, 5, 3143-9.
- Harcourt, D. M., Rumsey, N. J., Ambler, N. R., Cawthorn, S. J., Reid, C. D., Maddox, P. R., ... Umpleby, H. C. (2003). The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: A prospective, multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111(3), 1060–1068. doi:10.1097/01.prs.0000046249.33122.76
- Harmer Catherine, Breast Cancer Treatments, A Synopsis, *PracticeNurse*, 31(8), 2006.
- Helmrich Susan, Risk factors for breast cancer, *American Journal of Epidemiology* 117,1, 1983.
- Hocaoğlu Ç, Kandemir G, Civil F, 2007. Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *Meme Sağlığı Derg*, 3, 3, 163-6.
- Hovardaoğlu, S. (1993). Vücut Algısı Ölçeği. İ. Dağ, (Ed.), 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi Ek sayı, Türkiye’de kullanılan psikolojik ölçekler, 1 (Ek sayı: 2), 26.
- Hvilsom, G. B., Hölmich, L. R., Frederiksen, K., Steding-Jessen, M., Friis, S. ve Dalton, S. O. (2011). Socioeconomic position and breast reconstruction in Danish women. *Acta Oncologica*, 50(2), 265–273. doi:10.3109/0284186x.2010.529823
- İhsan Dağ vd., Anormal Psikolojisi, (Abnormal psychology). Türk Psikologlar Derneği yayınları, 2004, s.256
- İpek Şenkal, Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2013, s.21-38.
- Jack Cuzick, Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer, 10, year analysis of the ATAC trial, *The lancet oncology* 11,12 2010 s.1135,1141



- Kalafat, T.(2006). Üniversite öğrencilerinin beden memnuniyeti düzeyleri ile sosyal beceri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çanakkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.
- Kattlove H, Winn RJ. Ongoingcare of patients after primary treatment for their cancer. CA :Cancer J Clin 2003; 53: 172-196.
- Keçer Mustafa Asaoğlu, Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinç, . *Meme Kanseri*, Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2007.
- Kim, M. K., Kim, T., Moon, H. G., Jin, U. S., Kim, K., Kim, J., ... Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*,41(3), 426-432. doi:10.1016/j.ejso.2014.12.002
- Köse, H. (2009). Dağcılar ve Sedenterlerde Öz Bilinç ile Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Köroğlu, E. *Dsm-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, HYB Yayıncılık, Ankara, 2013, s.91-113
- Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I, 2006. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 7, 1105-11.
- Kroenke CH, Michael YL, Poole EM, Kwan ML, Nechuta S, Leas E, Caan BJ, Pierce J, Shu XO, Zheng Y, 2017. Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the After Breast Cancer Pooling Project. *Cancer*, 123, 7, 1228-37.
- Lee, C. N., Deal, A. M., Huh, R., Ubel, P. A., Liu, Y.-J., Blizard, L., ... Pignone, M. P. (2017). Quality of patient decisions about breast reconstruction after mastectomy. *The Journal of the American Medical Association Surgery*, 152(8), E1-E8. doi:10.1001/jamasurg.2017.0977.
- Manos D, Sebastian J, Bueno MJ, Mateos N, Torrebody A. (2005). Image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncologia*, 2(1):103-116
- Mátrai, Z., Kenessey, I., Sávolt Á, Újhelyi, M., Bartal, A. ve Kásler, M. (2014). Evaluation of patient knowledge, desire and psychosocial background regarding postmastectomy

- breast reconstruction in Hungary: A questionnaire study of 500 cases. *Medical Science Monitor*, 20, 2633–2642.
- Nano M.T. Gill P.G. Kollias, J. Bochner, M.A. Malycha, P. Winefield, H.R. (2005). Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *The American Journal of Surgery*, 75(11), 940-947
- Rubino, C., Figus, A., Loretto, L. ve Sechi, G. (2007). Post-mastectomy reconstruction: A comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 60(5), 509–518.
- Remmers H, Holtgräwe M, Pinkert C, 2010. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 1, 11-6.
- Şencan, İ. Ve Keskinılıç, B. (Ed.). (2017). Türkiye kanser istatistikleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Sherman DW, Haber J, Hoskins CN, Budin WC, Maislin G, Cater J, Cartwright-Alcaresse F, McSherry CB, Feurbach R, Kowalski MO, 2009. Differences in physical, emotional, and social adjustment of intimate, family, and nonfamily patient-partner dyads based on a breast cancer intervention study. *Oncology Nursing Forum*, 36, 4, 185-97.
- Sun, Y., Kim, S.-W., Heo, C. Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C. K. ve Kang, E. (2014). Comparison of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(1), 22-27.
- Okanlı, A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-6.
- Özcan Köknel, *Ruhsal Çöküntü, Depresyon*, 6. Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 2005, s.7-62.
- Özkan S, Alçalar N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2): 60-64.
- Özkan, S., Alataş, E. S. ve Zencir, M. (2005). Women quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of Life Research*, 14, 1795-1801.

- Özkan Sedat, *Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon, Liyezon Psikiyatrisi*. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş., 1993
- Özmen, V. (2008). Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health*, 4(2), 6-12.
- Öztürk, O. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2004, s.203-247
- Ravdin PM, Cronin KA, Howlander N, Berg CD, Chelobowski RT, Feuer EJ, (2007). The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 356(1), 1670-4.
- Sertöz ÖÖ, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(4): 264-275.
- Tezcan, E. *Depresyonun ayırıcı tanısı, Duygu durum Dizisi*, 2, 2004, s.77-98
- Tezel A, Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2003, s.7-11.(Yayımlanmamış Doktora Tezi)
- Tsai, H.-Y., Kuo, R. N.-C. ve Chung, K. (2017). Quality of life of breast cancer survivors following breast-conserving therapy versus mastectomy: A multicenter study in Taiwan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(10), 909–918.
- Tuzen Mustafa, Kurban Parlar, and Mustafa Soylak, Enrichment, separation of cadmium (II) and lead (II) in environmental samples by solid phase extraction, *Journal of hazardous materials* 121, 1, 2005.
- Tünel, M. (2011). Meme Kanseri Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Türkkahraman Hakan, Sayın Özgür, Yılmaz Hüseyin, Maxillary canine transposition to incisor site, a rare condition, *The Angle orthodontist*, 75.2, , 2005, s.284-287
- Yaşın Dökmen Z. Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı. *Turkish Psychology Articles*, 2009; 12(24): 41-55.

## **Ekler**

### **EK.1**

#### **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

Saygın katılımcı,

Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce lütfen aşağıdaki bölümü okuyunuz. Sizi Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümü hocalarından Dr. Öğr. Üyesi S. Vicdan Yücel danışmanlığında, Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Programı yüksek lisans öğrencisi Ümmühan Küçükkevradım tarafından yürütülen “Bir Grup Mastektomili Kadında Beden ve Sosyal Destek Algısının Depresyon Düzeyine İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Araştırma için sizden istenilen Sosyo-demografik bilgi formu ile birlikte Beck Depresyon Envanteri, Vücut Algısı Ölçeği ve Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği anketlerini doldurmaktır. Vereceğiniz tüm cevaplar sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vazgeçmeniz halinde verileriniz imha edilecektir.

Anketleri doldurmanız ortalama 30 dakika sürecektir.

Değerli katılımınız için teşekkür ederiz.

**Şartları okudum, kabul ediyorum.**

Tarih:...../...../...

**Araştırmacı:**

Ümmühan KÜÇÜKKAVRADIM

Adres: Maslak Mah. Büyükdere Cad. No:106, 34485 Sarıyer/İstanbul Işık Üniversitesi  
Maslak Kampüsü

İletişim: u.kkavradimm@gmail.com

## EK.2

### Sosyodemografik Özellikler Ve Veri Formu

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Verdiğiniz cevaplar sadece araştırma kapsamında gerekli olan istatistiksel veriler için kullanılacaktır. Araştırma dışında kesinlikle ikinci bir yerde kullanılmayacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır.

**1. Yaşınız:** \_\_\_\_\_

**2. Kimlerle yaşıyorsunuz?**

- Yalnız       Eşim ve çocuklarımla       Eşimle  
 Eş, çocuk ve diğer akrabalarımla       Diğer (belirtiniz)

**3. Eğitim durumunuz:**

- Okur yazar değil       İlkokul       Ortaokul  
 Lise       Yüksekokul (önlisans)       Üniversite  
 Lisansüstü

**4. Şu an bir işte çalışıyor musunuz?**

- Evet (ise, yaptığınız işi belirtiniz) \_\_\_\_\_  
 Hayır

**5. Aşağıdakilerden hangisi size göre ekonomik gelir düzeyinizi gösterir?**

- Oldukça yeterli       Yeterli       Orta       Yetersiz       Çok yetersiz

**6. Medeni Durumunuz nedir? (Evliliğinizden 16. Sorudan cevaplamaya devam ediniz).**

- Evli       Bekar       Dul       Boşanmış  
 Diğer(belirtiniz)\_\_\_\_\_

**7. Eşiniz çalışıyor mu?**

- Evet (ise, yaptığınız işi belirtiniz) \_\_\_\_\_  
 Hayır

**8. Eşinizin eğitim durumu nedir?**

- Okur yazar değil                       İlkokul                       Ortaokul  
 Lise                       Yüksekokul (önlisans)                       Üniversite  
 Lisansüstü

**9. Çocuğunuz var mı?**

Evet (Yaş ve Cinsiyetlerini Belirtiniz) \_\_\_\_\_

Hayır \_\_\_\_\_

**10. (Çocuğunuz varsa) Çocuğunuzu/ çocuklarınızı emzirdiniz mi?**

Evet     Hayır     Diğer

**11. (Evetse) Emzirme süreniz?**

0- 6 ay     7- 12 ay     12-24 ay     Diğer ( Belirtiniz) \_\_\_\_\_

**12. Ailenizde ve/ veya yakınlarımızda kanser öyküsü var mı?**

Evet                       Hayır

**13. Kronik bir hastalığınız var mı?**

Evet                       Hayır

(Evet ise; isimlerini ve kaç yıldır hasta olduğunuzu belirtiniz)

\_\_\_\_\_

**14. Meme kanseri ile ilgili ilk tanı ne zaman konuldu?**

\_\_\_\_\_

**15. Hastalığınız kaçınıcı evrede tanılanmıştır?**

1. Evre                       2.Evre                       3. Evre  
 4. Evre

**16. Tanıdan önce menopoza girmiş miydiniz?**

Evet                       Hayır

**17. Meme kanseri tanısı almadan önce doğum yapmış mıydınız?**

Evet                       Hayır

**18. (Hayır ise) meme kanseri tanısı almadan önce çocuk sahibi olma planınız var mıydı?**

Evet

Hayır

**19. Tedavi masraflarını nasıl karşıladınız/ karşıyorsunuz?**

Bağlı olduğum sosyal güvencem ile (Evet ise nedir?)

\_\_\_\_\_

Ailem tarafından

Kendim

Hem sosyal güvence hem kendim

Hem sosyal güvencem hem ailem

Özel sağlık sigortası

Diğer (belirtiniz) \_\_\_\_\_

**20. Cerrahi müdahaleyi aldığınız yaş? \_\_\_\_\_**

**21. Geçirdiğiniz ameliyat tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

Sadece tümör alındı

Memenin bir kısmı alındı

Tek meme ve koltuk altı alındı

Her iki meme ve koltuk altı alındı

Diğer (belirtiniz) \_\_\_\_\_

**22. Tanıdan sonra aldığınız tedaviler nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)**

Cerrahi müdahale (ameliyat)

Radyoterapi

Hormon tedavisi

Diğer (belirtiniz) \_\_\_\_\_

**23. Şu anda alıyor olduğunuz tedaviler nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)**

- Kemoterapi  
 Radyoterapi  
 Hormon tedavisi  
 Diğer ( belirtiniz) \_\_\_\_\_

**24. Hastalığınızda bakımınıza yardımcı olan kişi(ler) var mı?**

- Evet  Hayır  Diğer (belirtiniz) \_\_\_\_\_

**25.EĞer cevabınız evet ise bu kişi(ler) kimlerdir (yakınlık dereceleri ile birlikte yazınız) ? \_\_\_\_\_**

**26. Hastalık s¼recinde size kimler destek olmuştur? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)**

- EŞim  Annem- Babam  Kardeşlerim  Sağlık ekibi  
 Çocuklarım  Arkadaşlarım  Diğer (Belirtiniz) \_\_\_\_\_

**27. TeŐhisten sonra profesyonel anlamda psikolojik yardım aldınız mı? (Psikiyatrist, psikolog)**

- Evet  Hayır  Diğer (Belirtiniz) \_\_\_\_\_

**28. (Evet ise) Ne kadar s¼redir yardım alıyorsunuz? \_\_\_\_\_**

**29. Ne t¼r bir destek almaktasınız?**

- İlaç tedavisi  İlaç+ psikoterapi  Psikoterapi  Grup toplantıları  
 Diğer ( Belirtiniz) \_\_\_\_\_

**30. Cerrahi işlemden sonra onarım (estetik) ameliyatı oldunuz mu?**

- Evet  Hayır

**31. (Evetse) Yapılan cerrahi işlemden memnuniyet dereceniz nedir?**

- Çok memnunum  Memnunum  Memnun değilim



**32. Meme onarım ameliyatınız mastektomi ile aynı zamanda mı yapıldı?**

Evet

Hayır

**33. (Hayırsa) Onarım ameliyatı mastektomiden ne kadar zaman sonra yapıldı?**

\_\_\_\_\_

**34. Meme onarım girişiminde hangi yöntem kullanıldı?**

Silikon ile meme onarımı

Kendi yağ dokusu ile meme onarımı

Hiçbiri

### EK.3

#### Beden Algısı Ölçeği

##### BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin; bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					

Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimın şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					
Dişlerimın şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

**EK.4****Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır

7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvенеbilirim.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır

## EK.5

### Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DÂHİL GEÇTİĞİMİZ BİR HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numaranın üzerine (X) işareti koyunuz. Eğer bir grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (X) koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. (0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
(1) Kendimi üzgün hissediyorum.  
(2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
(3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (0) Gelecekte umutsuz değilim.  
(1) Gelecek konusunda umutsuzum.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. (0) Kendimi başarısız görmüyorum.  
(1) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
(2) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.  
(3) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
(1) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
(3) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. (0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
(1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
(2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (0) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.  
(1) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.  
(2) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.  
(3) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. (0) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.  
(1) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.  
(2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
(3) Kendimden nefret ediyorum.
8. (0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.  
(1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
(2) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.  
(3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.  
(2) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.  
(3) Eğer fırsatımı bulursam kendimi öldürürdüm.
10. (0) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
(1) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.  
(2) Şimdilerde her an ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (0) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.  
(1) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim  
(2) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.  
(3) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12. (0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
(1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
(2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
(3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (0) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.  
(1) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.  
(2) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (0) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.  
(1) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.  
(2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.  
(3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
(1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.  
(2) Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.  
(3) Hiç çalışmıyorum.
16. (0) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.  
(1) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.  
(2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
17. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.  
(0) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
(1) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.  
(2) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.  
(3) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. (0) İştahım eskisinden farklı değil.  
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.  
(2) Şimdilerde iştahım epey kötü.  
(3) Artık hiç iştahım yok.
19. (0) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
(1) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.  
(2) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.  
(3) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. (0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
(1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.  
(2) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.  
(3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. (0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok  
(1) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
(2) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.  
(3) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.



## **Özgeçmiş**

Ümmühan Küçükkavradım 1995 yılında Antalya’da doğdu. 2013 yılında Yeni Yüzyıl Üniversitesi Psikoloji bölümünü kazandı. 2017 yılında Yeni Yüzyıl Üniversitesi Psikoloji bölümünden mezun oldu. Lisans öğrenimi devam ederken aynı zamanda Anadolu Üniversitesi Sosyal Hizmetler bölümünü ve Atatürk Üniversitesi Çocuk Gelişimi bölümüne devam etti. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sosyal Hizmetler bölümünden 2018 yılında, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Çocuk Gelişimi bölümünden de 2019 yılında mezun oldu. Lisans eğitimi sırasında, gönüllü Serik Devlet Hastanesi, Bahçelievler Rehberlik ve Araştırma Merkezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde staj yaptı. 2018 yılında Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına başladı. Yüksek Lisans eğitimi sırasında Dr. Öğr. Üyesi Saime Vicdan Yücel Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel’den süpervizyon aldı. Yüksek Lisans eğitimi sırasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde stajlarını tamamladı.