



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

**MEME KANSERİ BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ'NİN  
TÜRKÇEYE UYARLANMASI**

EDA CEYLAN

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

TEZ DANIŞMANI

Doç.Dr. SELDA RIZALAR

İSTANBUL - 2019



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

**MEME KANSERİ BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ'NİN  
TÜRKÇEYE UYARLANMASI**

EDA CEYLAN

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

TEZ DANIŞMANI

Doç.Dr. SELDA RIZALAR

İSTANBUL - 2019

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi ve tez çalışmam süresince her zaman desteğini gördüğüm akademik deneyimlerini, bilgi birikimini, katkısını esirgememiş ve vazgeçmemiş olan değerli hocam Doç. Dr. Selda RIZALAR'a,

Tez çalışmam için izin vermiş olan İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Tezin uygulanma aşamasında yardım ve katkı sağlamış Genel Cerrahi Kliniği ve Plastik Cerrahi ve Rekonstruksiyon Kliniğinde çalışan doktor ve hemşire arkadaşlarıma,

Tez yazım aşamasında çeviri aşamasında katkı ve destekleriyle yanımda olan arkadaşlarım Yıldızhan GÜZELSOY, Nezat ORTAÇ ve Özgür SEĞMEN'e,

Her zaman destekleriyle yanımda olan, canım AİLEM'e en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACS	: Amerikan Kanser Derneği
AGFI	: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
AJCC	: Amerikan Ortak Kanser Komitesi
BIBCQ	: Body Image After Breast Cancer Questionnaire
BKI	: Beden Kitle İndeksi
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
DCIS	: Noninaviz duktal Karsinom
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi
HBOC	: Herediter Meme Over Kanseri
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KKM	: Klinik Meme Muayenesi
KMO	: Keiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliği ölçüsü
LCIS	: Lobüler Karsinoma İn situ
MKBiÖ	: Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği
Max.	: En yüksek
Min.	: En düşük
n	: Örneklem sayısı
NFI	: Normlaştırılmış uyum indeksi

NNFI : Normlaştırılmamış uyum indeksi

p : Önemlilik derecesi

r : Korelasyon katsayısı

RMSEA : Yaklaşık hataların ortalama karekökü

SB : Sağlık Bakanlığı

SS : Standart sapma

t : İki ortalama arasındaki farkın test istatistiği

TDLU :Terminal Duktal Lobüler Üniteler

THSK :Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TKKP :Türkiye Kanser Kalkınma Planı

TUİK :Türkiye İstatistik Kurumu

UICC :Uluslararası Kanser Savaş Örgütü

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU .....	i
BEYAN .....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar .....	viii
ŞEKİLLER .....	x
1. ÖZET .....	xi
2. ABSTRACT .....	xii
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
4. GENEL BİLGİLER .....	3
4.1. Memenin Anatomi, Fizyoloji ve Histolojisi .....	3
4.2. Meme Kanseri .....	5
4.2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi .....	5
4.2.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri .....	6
4.2.3. Meme Kanserinin Belirtileri .....	10
4.2.4. Meme Kanserinde Tarama ve Tanı Yöntemleri .....	11
4.2.5. Meme Kanseri Tipleri .....	16
4.2.6. Meme Kanserinde Evreleme .....	18
4.2.7. Meme Kanserinde Tedavi .....	19
4.2.7.1. Cerrahi Tedavi .....	20
4.2.7.2. Radyoterapi .....	21
4.2.7.3. Medikal Tedavi .....	21
4.3. Beden İmajı .....	22
4.3.1. Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Beden İmajı .....	23
5. GEREÇ ve YÖNTEM .....	25
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	25
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	26
5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	27
5.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	27

5.6. Veri Toplama Araçları.....	27
5.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	29
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	29
5.8. Araştırmanı Etik Yönü ve İzinler .....	32
6. BULGULAR.....	33
7. TARTIŞMA.....	62
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	74
9. KAYNAKLAR .....	81
EKLER.....	92
Ek 1. Bilimsel Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	92
Ek 2. Katılımcıları Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özellikleri.....	93
Ek 3. Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği .....	94
Ek 4. Yazar İzni.....	97
Ek 5. Etik Kurul İzin.....	98
Ek. 6 Uzman Görüşü Listesi (Soyadına göre alfabetik sıralama) .....	101
ÖZGEÇMİŞ .....	102
İletişim Bilgileri : _ .....	102
İş Deneyimi:.....	102

## TABLULAR

Tablo 1. Meme Kanseri Erken Tanı Skalası (ACS, 2017) .....	11
Tablo 2. Türkiye Sağlık Bakanlığı Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı (Sağlık Bakanlığı, 2017).....	12
Tablo 3. Meme Kanserinde Evreleme ( TNM ) .....	19
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (N= 500).....	33
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Kadınların Hastalığa Ait Özellikleri (N=500).....	34
Tablo 6. Her Bir Madde İçin Hesaplanan Kapsam Geçerlik Oranı Değerleri .....	36
Tablo 7. Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğu .....	37
Tablo 8. Doğrulayıcı Faktör Analizi için Temel Bileşenler Analizi Sonuçları .....	38
Tablo 9. Her Bir Madde İçin Hesaplanan Test, SE ve CR Değerleri.....	44
Tablo 10. Ölçek Boyutlarına İlişkin İç Tutarlılık Katsayısı Bulguları .....	45
Tablo 11. Zamana Karşı Değişmezlik (Test-Tekrar Test) Puanların Korelasyonu ...	46
Tablo 12. MKBİÖ Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları .....	47
Tablo 13. Ölçek Boyutları Veri Dağılımını Değerlendirmek İçin Yapılan Kolmogorov Smirnov Testi Sonuçları.....	47
Tablo 14. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre MKBİÖ Puan Ortalamaları (N=500) .....	48
Tablo 15. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre MKBİÖ Puan Ortalamaları (N=500) .....	49
Tablo 16. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kırılganlık Puan Ortalamaları (N=500) .....	50
Tablo 17. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Kırılganlık Puan Ortalamaları (N=500) .....	51
Tablo 18. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Damgalanma Puan Ortalamaları (N=500) .....	52
Tablo 19. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Damgalanma Puan Ortalamaları (N=500).....	53
Tablo 20. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aktivite Sınırlılıkları Puan Ortalamaları(N=500) .....	54
Tablo 21. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Aktivite Sınırlılıkları Puan Ortalamaları (N=500).....	55
Tablo 22. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Beden Kaygıları Puan Ortalamaları (N=500).....	56



Tablo 23. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Beden Kaygıları Puan Ortalamaları (N=500).....	57
Tablo 24. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Şeffaflık Puan Ortalamaları (N=500) .....	58
Tablo 25. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Şeffaflık Puan Ortalamaları (N=500) .....	59
Tablo 26. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kola Yönelik Kaygılar Puan Ortalamaları(N=500) .....	60
Tablo 27. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Kola Yönelik Kaygılar Puan Ortalamaları(N=500).....	61



## ŞEKİLLER

Şekil 1. Memenin Anatomik Yapısı .....	3
Şekil 2. Memenin gelişimi.....	4
Şekil 3. Duktal Karsinom Tipik Yapısı ( Kaynak: Sharma ve ark. 2010)17	
Şekil.5 Kırılgnlık Alt Boyutu Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli .....	41
Şekil.6 Damgalanma Alt Boyutu Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli .	41
Şekil.7 Aktivite Sınırlılıkları Alt Boyutu Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli.....	42
Şekil.8 Beden Kaygıları Alt Boyutu Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli .....	42
Şekil.9 Şeffaflık ve Kola Yönelik Kaygıları Alt Boyutları Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli .....	43

## 1. ÖZET

### MEME KANSERİ BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ' NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI

Tanımlayıcı, kesitsel ve metodolojik nitelikte olan bu çalışma, “Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği (MKBİÖ)”ni Türkçeye uyarlamak ve meme kanserli kadınlarda beden imajı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırmanın verileri, İstanbul’da bir eğitim ve araştırma hastanesinde 06/12/2017-06/12/2018 tarihleri arasında toplandı. Örnekleme meme kanseri tanısı konulan, 500 hasta alındı. Veriler hasta tanıtıcı bilgi formu ve MKBİÖ ile toplandı. Ölçek; kırılganlık, damgalanma, aktivite sınırlılıkları, beden kaygıları, şeffaflık ve kola yönelik kaygılar olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmada MKBİÖ’nün geçerliği için dil, kapsam ve yapı geçerliği incelendi. Ölçekte yer alan maddelere ilişkin uzman görüşleri arasında uyum olduğu saptandı. Doğrulayıcı faktör analizi maddelerin faktör yükleri 0.276-0.951 arasında değişmekte ve toplam varyansın %50.58’ini açıklamaktadır. Doğrulayıcı faktör analizin uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlendi. Ölçeğin toplam Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı 0.672, alt boyut Cronbach  $\alpha$  katsayıları 0.618- 0,841 arasında değişmektedir. Zamana karşı değişmezliği belirlemek için test tekrar test yapıldı. Ölçek ilk test ve son test arasındaki korelasyon katsayısı 0,912 bulundu( $p<0,001$ ). MKBİÖ’nün Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptandı. Kadınların %44.2’si 51-70 yaş aralığında, %69’unun evli, %41.6’sının lise mezunu, %79.6’sının orta gelir düzeyine sahip, %80.2’sinin çocuk sahibi olduğu belirlendi. MKBİÖ’ nin total puanı  $153,49\pm 9,45$ ’dir. Meme kanserli hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre alt boyut puanları arasındaki fark analizleri yapılmış ve bazılarında anlamlı fark bulunmuştur.

Anahtar Kelime: Geçerlik, Güvenirlik, Meme kanseri, Beden imajı, Beden İmajı Ölçeği

## **2. ABSTRACT**

### **THE TURKISH ADAPTATION OF THE BODY IMAGE AFTER BREAST CANCER QUESTIONNAIRE**

This study, which is descriptive, cross-sectional and methodological in nature, was performed to adapt the “Body Image Breast Cancer Scale (BIBCQ)” to Turkish and to determine the body image and factors affecting women with breast cancer. The data of the study was collected between 06/12/2017 and 06/12/2018 at an educational and Research Hospital in Istanbul. Sampling included 500 patients diagnosed with breast cancer. The data were collected with patient identification data form and MKBIÖ. The scale consists of six sub-dimensions: vulnerability, body stigma, limitations, body concerns, transparency and arm concerns. The study examined the validity of language, scope and structure for the validity of BIBCQ. Confirmatory factor analysis the factor loads of substances vary between 0.276-0.951, explaining 50.58% of the total variance. It was determined that the conformance indices of the confirmatory factor analysis were good and acceptable. The total cronbach  $\alpha$  reliability coefficient of the scale is 0.672, while the sub-dimension cronbach  $\alpha$  coefficients range from 0.618 to 0.841. The test was retested to determine the invariance against time. The scale found the correlation coefficient between the first test and the last test was 0.912( $p < 0.001$ ). BIBCQ was found to be a valid and reliable tool for the Turkish community. 44.2% of women were between the ages of 51-70, 69% were married, 41.6% had a high school degree, 79.6% had a median income, and 80.2% had children. The total score of BIBCQ is  $153.49 \pm 9.45$ . The difference between the lower size scores of patients with breast cancer according to their identification and disease characteristics was analyzed and significant difference was found in some of them.

Keywords: Validity, Reliability, Breast Cancer, Body Image, Body Image Scale

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınlarda meme, seksüel bir organ olmanın yanı sıra doğurganlığın simgesi olarak öneme sahiptir. Yüzyıllar boyunca kadınlarda meme, verimlilik, bereket, anneliğin sembolü olarak görülmüştür. Anadolu'da kadınlar doğurganlık ve bereketi temsil etmekte, süt salgılayan bir organ olarak memeler bebek için yaşam kaynağı sayılmaktadır (Kaymakçı, 2011).

Kadın için büyük önemi olan memelerde çeşitli hastalıklar görülmektedir (Kaymakçı, 2011). Meme kanseri kadınların sağlığını tehdit eden, vücutta değişikliklere neden olan ve mortalite, morbiditeye yol açan önemli hastalıklarından biridir. Her dört kadından biri meme kanseri olup, bedensel değişikliğe neden olmakta ve kanserlere bağlı ölüm sıralamasında başta gelmektedir. Ülkemizde meme kanseri tanısı konulan kadınların %44,5'inin 50-69 yaş arasında olduğu, %40,6'sının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir (S.B., 2018). Meme kanseri, en yüksek oranda gelişmiş ülkelerde, düşük oranda ise Asya, Orta Doğu ve Afrika gibi gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Denizgil, 2015; Parkin, 2005).

Meme kanseri tedavisi yoğun ve zorlu bir tedavi süreci olup hastaya cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi yöntemlerinin ayrı ayrı ya da birlikte kullanılması ile gerçekleştirilir. Meme kanserinde salid tümör oluşturduğu için en sık kullanılan cerrahi tedavi yöntemidir (Uras, 2006). Ancak cerrahi tedavide yapılan mastektomi bireyin kadınlığını kimliği tehdit etmektedir. Tedavi sonucunda bir organın kaybı ve beden görünümündeki değişim, hastalar için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Meme kanseri tanısı konulan hastaların beden imajının, duyarlılık, davranışsal durumunun, aile içi etkinliği ve hasta ile ailesinin arasında rol değişimleri vurgulanmaktadır (Özbaş, 2006). Memenin kadınlar için taşıdığı önem mastektomi sonrası bireyin bedenine uyumuna yansımaktadır.

Yapılan çalışmalarda mastektominin beden algısını olumsuz etkilediği belirlenmiş, beden imajı değiştirdiği, beden imajı değişiminin ise toplumun tepkisine, kadının kişilik yapısına göre değişiklik göstermiştir. (Aygün ve Durat, 2005) Memenin kaybına; kadınlık imajının kaybı, cinselliğin sona ermesi ve anneliğin eksik kalması gibi anlamlar yüklenmekte ve sonrasında yaşadığı şok, inkar ile

birlikte kaygılar artmakta,kadının hastalık ve tedaviye uyumu güçleştirmektedir (Önen ve ark., 2004).

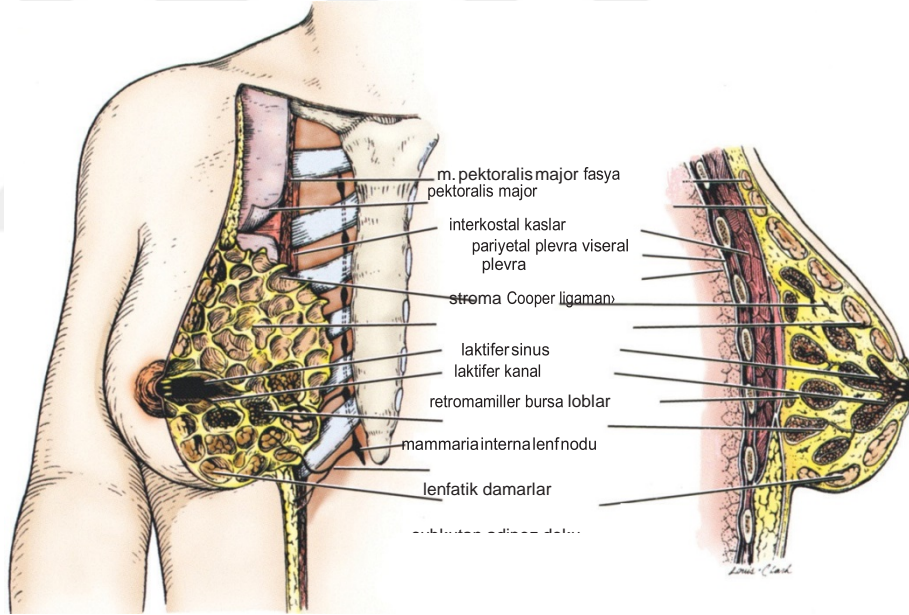
Mastektomili kadınlarda kol ve omuz hareketlerinde sınırlılık, postür bozukluğu gibi fiziksel sorunların daha sık görüldüğü daha sık yaşandığı belirlenmiştir. Bununla birlikte doğurganlığın kaybı, eş ile iletişimde bozulma, reddedilme, terk edilme korkusu, tedavinin fiziksel ve maddi etkileri, iş kaybı, ölüm ve kanser tekrarı korkusu gibi psikososyal sorunlar da kadınlar arasında sık yaşanmaktadır(Aygin ve Durat, 2005). Hemşirenin önemli sorumluluklarından biri de tedavi sonrası kadınlara profesyonel boyutta psikososyal destek sağlamaktır. Tedavi sonrası ortaya çıkabilecek olan psikososyal sorunların erken önlenmesi ve buna yönelik uygun girişimlerin planlanıp kapsamlı çalışmaların yapılması önemlidir.

Meme kanserli kadınların tedavi ve rehabilitasyon sürecinde beden imajının geçerli bir araçla değerlendirilmesi sorunların tanımlanabilmesi için temel oluşturur.. Yapılan litatür taraması sonucunda günümüzde ülkemizde beden imajı değerlendirme araçların yetersizliği saptanmıştır. Bu çalışma Kanada'da Nancy Baxter tarafından geliştirilen Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ) ölçeğinin Türkçe'de faktör yapısını değerlendirmek ve bu ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla planlandı. Böylelikle olumsuz beden imajının değerlendirebilmesi, hastadaki beden imajı sorunların saptanabilmesi ile mümkün olacaktır. Böylelikle hemşireler açısından meme kanseri tanısı konmuş kadınların beden imajını değerlendirip kayıt altına alınması kolaylaşacaktır. Aynı zamanda hemşirelik bakımına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu ölçek, Vamos (1993) tarafından geliştirilmiş olan kronik hastalığı olan bireylerin beden imajının çok boyutlu kavramına temellenmektedir (Baxter, 1998).

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Memenin Anatomisi, Fizyoloji ve Histolojisi

Meme dokusu toraks ön duvarında yüzeysel fasyanın içerisinde yer alır. Memenin tabanı üstte 2., altta 6. ya da 7. kot, medialinde sternum kenarı, lateralde orta aksiller hat arasındadır. Memenin üçte ikisi pektoralis major kası, geri kalanı serratus anterior kası önünde yerleşmiştir. Çok küçük bir bölümü external oblik kasın aponevrozunun üzerinde olabilir(Sayek, 2004).Memenin ağırlığı, erişkin laktasyon döneminde olmayan bir kadında yaklaşık 150-200 gramdır. Olgun bir memede 15-25 adet glanduler lop, her lopta20-40 arasında lobül ve her lobülde 10-100 kadar alveol bulunur. Alveoller içinde süt yapımından sorumlu asiner hücreler ve süt kanalları etrafında miyoepitelyal hücreler bulunur (Topuz, 2003).

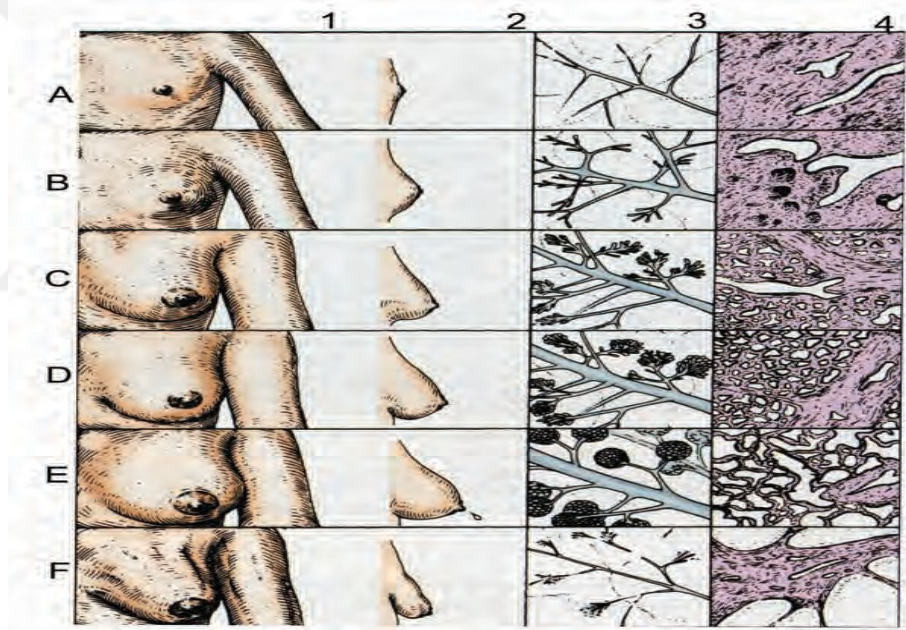


**Şekil 1.** Memenin Anatomik Yapısı (Kaynak Cabioğlundan 'dan referans alınmıştır.)

Memelerin yaklaşık orta bölümünde meme başı ve pigmentten daha zengin areola bulunur. Areolada Montgomery Bezleri bulunur ve yağ salgılar (Topuz, 2003). Over kaynaklı hormonlar (kortikosteroidler, somatotropin, prolaktin ve

progesteron) etkisiyle puberte döneminde meme bezi yarımküre biçimini alır, gebelikte ise lobüloalverolar sistemin büyümesini sağlar. Her menstrual siklusta meme yapısında değişiklikler olur. Menopoz döneminde meme dokusu atrofiye uğrar (Topuz, 2003).

Erişkin kadında meme dokusu deri ve derialtındaki“lop”adı verilen (Şekill.) 15-20 grup geniş salgı bezlerden oluşur. Meme dokusunu oluşturan bezler, yoğun yağ dokusu içindedir ve birbirinden dens bağ dokusundan oluşan ve dermisten derin fasiaya kadar uzanan “Cooper ligamanları” ile loblara ayrılmaktadır. Her lobun içindeki lobüller ayrı ayrı kendisine itlaktifer duktusan dökülmekte ve bintralobüler duktuslar da birleşerek memebaşı orifisine açılan tek bir laktifer duktusta birleşmektedir (Şekil 2.).



Şekil 2. Memenin gelişimi: A, prepubertal dönem (çocukluk), B puberte; C, olgun (reproduktif dönem); D, gebelik; E, laktasyon; F, post-menapozal dönem (Kaynak: Cabioglu'ndan referans alınmıştır .)

Memenin lobülleri gevşek bir bağdokusu yapısında ve hücreden zengin olan bir stroma içinde bulunmakta ve çeşitli hormonlarla uyarılmaktadır. Terminal duktal lobuler üniteler (TDLU) meme bezlerinin işlevsel üniteleridir. Her TDLU intralobüler duktustan ve buna bağlı meme bezi kesecikleri olan sakküllerden



oluşmaktadır. Bu sakküller gebelik ve laktasyon esnasında salgılanan hormonların etkisiyle“asini” adı verilen salgı ünitelerine farklılaşırlar (Özbaş, 2006). Bir TDLU üzüm salkımını andırmaktadır (Şekil 1 ve Şekil 2 ).

## **4.2. Meme Kanseri**

### **4.2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi**

Dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup kadınlarda görülen kanserlerin yaklaşık %43,8’ini kansere bağlı ölümlerinin de %18’ini oluşturmaktadır. Ülkemizde de meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Meme kanserine her yıl yaklaşık 15.000 kadın yakalanmaktadır. Türkiye’de kadınlarda meme kanseri, Sağlık Bakanlığı 2015 verilerine göre yüzbin kişide 43,8 ‘dir (İlter ve Keskinılıç, 2015).

Amerika’da ise 2018’de 266.120 kadının yeni vaka olacağı ve 40.920 kadında ölüm sebebi olacağı tahmin edilmektedir (Siegel ve ark., 2018). Türkiye’de meme kanseri insidansı 100 binde 43 olup her sene yaklaşık olarak 15.000 kadın meme kanseri tanısı almaktadır (T.K.K.P., 2018) TÜİK ‘in 2017 verilerine göre meme kanserinden 4043 kişi yaşamını kaybetmiştir.( TÜİK, 2017). Dünyada yaşa bağlı meme kanseri insidansı 100000’de 23.7’dir ve meme kanseri sebebiyle mortalite oranı 2018 yılında 6.8 olarak bildirilmiştir (Globocan, 2018).

#### 4.2.2.Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Meme kanserinin nedeni bilinmemekle birlikte genetik, çevresel, hormonal, sosyal ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmektedir. Hastalığın gelişim hızı, görüldüğü yaşlar, metastaz yapma eğilimi, çeşitli tedavilere verdiği cevap ve yaşam süreleri ile ülkelere göre farklı insidans göstermesi sebebiyle, meme kanseri oluşumunda tek faktör değil birden çok faktörün birlikte rol oynayabileceği görülmektedir. Amerikan kanser derneği risk faktörlerini değiştiremeyen risk faktörleri, yaşam tarzıyla ilgili risk faktörleri, belirsiz risk faktörleri ve kanıtlanmamış risk faktörleri olarak ayırtmıştır. (ACS, 2015).

##### Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- Cinsiyet: Erkeklerde meme kanseri görülme %1'den daha azdır ( Parlar ve Kaydul 2005). Kadınlar erkeklerden daha fazla meme dokusu olması ve kadınların ergenlik çağında östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin değişim göstermesidir (ACS, 2010).
- Yaş: Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artar (Berkanda, 2000); 20 yaşından önce enderdir. Tanı konulma sıklığı 30 yaşından sonra artar, 40- 60 yaş arasında en fazla tanı konulan yaş aralığıdır. (Engin ve ark.,2000).
- Irk: Meme kanseri beyaz kadınlarda görülme sıklığı ve mortalite oranları zencilere oranla daha fazladır. Etnik farklılıkların büyük oranda yaşam tarzı ve sosyoekonomik durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir (Özbaş ve Boylu, 2012).
- Ailesel / Genetik Faktörler: Meme kanseri öyküsü aile içinde görülmesi riski 2–3 kat artırır ( Darendeliler, 2003 ).

- Kalıtsal Meme/Over Kanseri Sendromu ( HBOC=Here-ditary Breast Ovarian Cancer) sorumlu olan BRCA1/BRCA2, Lifraumeni sendromundan sorumlu TP53 ve Cowden sendromundan sorumlu PTEN genleridir ( Özbaş ve Boylu, 2012 ).
- Radyasyona Maruz Kalma: Memenin aktif olarak geliştiği ergenlik döneminde, radyasyona maruz kalma, toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi işlemleri meme kanseri riskini artırmaktadır. Tanısal amaçla yapılan radyasyon almanın ise meme kanseri riski ile ilişkisi tartışılmalıdır.
- Proliferatif Meme Lezyonları (Atipi içermeyen ve içeren): Benign meme değişiklikleri, geniş bir patolojik yelpazeye sahiptir. Proliferatif meme lezyonlarından özellikle sitolojik atipi içerenler, non invaziv ve invaziv meme risk faktörüdürler.
- Yoğun Meme Yapısı: Epidemiyolojik çalışmalarda mamografik olarak meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4-5 kat artmış olduğu saptanmıştır ( Boyd et al., 2005).

### **Yaşam Tarzı İle İlgili Faktörler**

- Erken menarş, geç menopoza girmenin meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir ( Koçak, 2011)
- Geç yaşta doğum yapmak ve hiç doğum yapmamak, meme kanseri riskini arttırmaktadır ( Kaymakçı, 2014).
- Laktasyon (emzirme) meme kanseri riskini azaltmaktadır (Jernstrom ve ark., 2004).
- Nulliparitenin meme kanseri rölatif riskinde 1,2-1,7 arttığı

belirtilmiş, multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışılmaktadır. Abortusun ise meme kanseri ile bir ilişkisi gösterilememiştir (Bera ve ark., 2004). İnfertilite ve tedavisinin meme kanseri riskini ne yönde etkilediği çelişkilidir. (Koçak ve Çelik, 2011 )

- Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ve Oral Kontraseptif Kullanımı: Gerek WHI gerekse BirMilyonKadın Çalışması'nda, HRT alan kadınlarda, meme kanserine yakalanma riskinin arttığı belirtilmiştir (Chebowski et al., 2003).

- Alkol Kullanımı: Alkol tüketim miktar ve süresinde meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu bilinmektedir. Birçok çalışmada her gün orta düzeyde alkol alımının, meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir (Özbaş ve Boylu, 2012)

- Egzersiz: Premenopozal kadınlar egzersiz meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir.

- BKİ: Şişman kadınlarda ( $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ ) meme kanseri daha sık görülmektedir (Terry et al., 2006).

### **Belirsiz Risk Faktörleri**

- Sosyo-ekonomik Düzey: Sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe meme kanseri riski artış göstermektedir. Reprodüktif öykü nedeniyle kaynaklandığı düşünülür.

- Beslenme Alışkanlığı: Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketimi dolaylı olarak meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmiştir.

- Gece Çalışma: Enaz 3 çalışmada gece işğa maruz kalım meme

kanseri riski arasında ilişki gösterilmiştir (Amir et al., 2010). Yapılan çalışmalardaki yetersizlikler nedeniyle bilgiler çelişkilidir.

- Çevredeki kimyasallar: Plastik, bakım ürünleri, kozmetik ürünler, östrojen benzeri özelliklere sahip maddelerin meme kanseri riskine etkisi olduğu düşünülmektedir (ACS, 2015).

- Sigara kullanımı: Genç yaşta sigara kullanımının ve menapoz sonrasında ağır dumanına maruz kalmak meme kanseri riski ile ilişki olabileceğini bildirilmiştir (Breastcancer.org, 2019).

### **Kanıtlanmamış Risk Faktörleri**

- NSAID (Non-steroid anti-inflamatuvar) Kullanımı: Aspirin ve diğer non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar kolonda hem benign hem de malign tümör oluşumunu inhibe etmektedirler; ancak meme kanseri riskini azalttıkları yönündeki bilgiler çelişkilidir. Sadece birrandomize çalışmada düşük doz aspirinin meme kanserinden koruyucu etkisi gösterilebilmiştir (Takkouche et al., 2008).

- Rollon-parfüm-deodorant kullanımı: Antipersperantların deri altına nüfuz ederek lenfatik dolaşıma katıldığı ve memede birikmesi ile meme kanserine neden olduğu üzrinde durulmaktadır(ACS, 2015).

- Sütyen kullanımı: Sütyenin lenf dolaşımını engelleyerek meme kanserine neden olduğu bildirilmesine karşın bilimsel olarak ispatlanamamıştır.

### 4.2.3. Meme Kanserinin Belirtileri

Meme kanserinin yarısından fazlası çoğu kez ağrısız ve tesadüfen bulunan kitlelerdir. Kitle yaklaşık 1 cm çapa ulaşılmış ve yüzeysel ise ele gelebilir. Kitlenin küçük çapta ve tedavi edilebilir durumdayken genellikle belirti vermez bu yüzden erken fark edilemeyebilir. Özellikle kitlelerin birçoğu üst dış kadranda palpe edilir. Meme kanseri % 50 üst dış kadranda, % 18 areola bölgesinde, % 15 üst iç kadranda, % 11 alt dış kadranda, % 6 alt iç kadranda (Tolunay, 2005). Ağrı ilerlemiş meme kanserinde hastalıkla birlikte olabilir.

Meme başında akıntısı meme kanserin ilk bulgusu olup yaklaşık % 10'unda görülmektedir. Meme başı akıntısı genellikle tek taraflı ve spontandır. Akıntı seröz, seröz-kanlı ya da kanlı olan akıntıların %8-10'unu kanserler oluştururken geri kalan büyük bir çoğunluğun nedeni intraduktal papillom ve duktal ektazidir (Sayek, 2004).

Meme kanseri, tümörün hemen üzerindeki deride ya da yakınındaki görülebilen deri çökmeleri olabilir. Memenin santral kadrandaki tümörlerde meme başı tümörün bulunduğu kadrana doğru çekilerek meme başı retraksiyonu görülebilir (Sayek, 2004).

Meme lenfatiklerini bloke olması sonucu meme derisinde önce sınırlı, daha sonra ise memede yaygın ödem görülür. Meme derisi, portakal kabuğu görünümündedir (Kaymakçı, 2014).

Meme kanserinde, tümöral süreç deriyi infiltre ettiğinde önce deride bir beslenme bozukluğu sonra da ülserasyon olur. Kemik, akciğer ve karaciğer meme kanserinin en sık metastaz yaptığı organlardır. Belirtiler tutulum yaptığı organa göre farklılık gösterir. Hastalanan organa göre belirtiler ortaya çıkar. Ağrı, kırık ve kalsiyum yüksekliği kemik metastazında; solunum sıkıntısı, öksürük akciğer metastazında; karaciğer fonksiyonlarında bozulma karaciğer metastazında görülebilir.

#### 4.2.4. Meme Kanserinde Tarama ve Tanı Yöntemleri

Meme kanseri erken tanı çalışmalarının amacı, hastalığın tanı konmadan erken dönemde belirlenmesi olup morbidite ve mortalite oranını düşüren en etkili yöntemdir. ACS (2017), meme kanserinin erken saptanması için önerileri Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Meme Kanseri Erken Tanı Skalası (ACS, 2017)**

<b>YAŞ</b>	<b>SIKLIK</b>
<b>40-44 Yaş</b>	yıllık mamografi ile meme kanseri taramasına başlanabilir
<b>45-54 Yaş</b>	her yıl mamografi yaptırılmalı
<b>55 Yaş ve Üstü</b>	her 2 yılda bir mamografi çektirilmeli veya yıllık tarama sürdürülmelidir. Tarama, kadının sağlığı olduğu ve 10 yıl yada daha uzun devam ettirilmelidir.

Kaynak: Amerika Kanser Derneği, 2017

Meme kanserinde tanı; fiziksel muayene, öykü, mamografi, ultrasonografi (Grimsey, 2011), MRG, biyopsi, histopatolojik inceleme, östrojen ve progesteron reseptör tayini ile konulmaktadır (Altınbaş, 2002; Kaymakçı, 2011; Çelik, 2012).

Meme kanserinin erken tanısında sağlayan; Klinik Meme Muayenesi (KMM), mamografi ve Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) kansere bağlı ölümlerin azaltılmasında hayati önem taşımaktadır (Gençtürk 2013).

**Tablo 2. Türkiye Sağlık Bakanlığı Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı  
(Sağlık Bakanlığı, 2017)**

YÖNTEM	YAŞ	SIKLIĞI
KKMM	20 Yaş Üzeri	Her ay 1 defa
	40-69 Arası	Her ay 1 defa
KMM	20 Yaş Üzeri	2 Yılda 1 Defa
	40-69 Arası	Yılda 1 defa
MAMAGRAFİ	40-69 Arası	2 Yılda 1 Defa

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı, THSK, MK Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim tarihi: 12.01.2019.

- ***Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)***

KKMM'sini 20 yaşından itibaren adet gören her kadın her ay menstrüel siklusun 5. ve 7. gününde yapmalıdır. Adet görmeyen kadınlar ise her ayın belirli gününde KKMM yapmalıdır (Karayurt, 2014; Akyolcu ve Uğraş, 2011). Emziren kadınlar ise sütü boşalttıktan sonra yapmalıdır.

KKMM erken teşhis yöntemi olup olmadığı tartışılan bir konudur. Erken teşhise ise katkısı tartışılmaktadır. Bu amaçla her kadının KKMM uygulaması için sağlık ekiplerine önemli bir rol düşmektedir. Fakat yapılan araştırmalarda, kendi kendine meme muayenesinin mortalite oranını azaltmadığı belirtilse de KKMM'sini düzenli olarak yapan kadınların %80'i meme kanseri belirtisini kadınlar tarafından tespit ettiği saptanmıştır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında yaptığı çalışmada, 18 yaş ve üzerindeki kadınların %34.1'i KKMM yaparken %65.1'i yapmadığı, %10.1'inin düzenli yaptığı ve %19.4'ünün ara sıra yaptığı saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada kadınların %10.1'i her ay düzenli olarak KKMM yaptığı belirtilmiştir (Gürsoy ve ark., 2011).



- ***Klinik Meme Muayenesi (KMM)***

Kadınlara sağlık çalışanları tarafından her yıl yapılması gereken bir fiziki muayene olup mammografinin tamamlayıcısı niteliğindedir. Mamografiden kısa bir süre önce yapılması gerekir. İnceksiyon ve palpasyon olmak üzere iki yöntem kullanılır. İnceksiyon, meme derisinde ve meme başındaki değişiklikler incelenir. Palpasyon; el ile meme ve koltuk altı kontrol edilir (BC Facts&Figures, 2013-2014; Aslan, 2016). Mamografi ile birlikte uygulandığında, yoğun memelerde mammografi ile görüntülenemeyen veya mammografi sınırlarında olmayan kitlelerin tanısında önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir (İğci ve Asoğlu, 2003).

- ***Mamografi (MMG)***

MMG memenin kas, yağ ve bez dokusu yapılarının röntgen kullanılarak erken dönemde hastalık tanısı konulması amacıyla kullanılan radyolojik bir yöntemdir. MMG ile meme dokusundaki kalsifikasyon ve kitle belirlenir (ACS, 2016; Saatkaya, 2009). Elle hissedilmeyen kitlelerin saptanmasında en etkili bir görüntüleme yöntemidir.

Mamografi meme kanseri erken tanısında ve mortaliteyi azaltmada etkili bir yöntemdir. ACS, kadınların 40-44 yaşları arasında isterlerse yıllık mamografi ile meme kanseri taramasına başlayabildiklerini, 45 ile 54 yaşları arasında her yıl mamografi yaptırmalarını ve 55 yaş ve üstü kadınlar ise her 2 yılda bir mamografi ektirebilir veya yıllık taramaya devam edebildiklerini belirtmiştir(ACS, 2017). Türkiye’de ise 40-69 yaş arası kadınların iki senede bir mamografi ektirmelerini önermektedir (S. B. , 2017).

Koç ve Sağlam (2009), yaptıkları çalışmalarında kadınların %97’sinin mamografi hakkında herhangi bir bilgisinin olmadığı ve %86’sının ise mamografi çektirmediği ve MG çektiren kadınlar içinden %78.6’sının ise doktorun tavsiyesi olduğu için mamografi çektirdiği saptanmıştır.

Aksoy ve arkadaşlarının (2015), meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller adlı çalışmalarında mamografi yaptırmayan kadınların sebepleri incelendiğinde %99.2'sinin bilgi ve eğitim yetersizliğinden dolayı olduğu belirtilmiştir. Tarama çalışmalarının etkin yapılabilmesi için kadınlardaki farkındalığın yaygınlaştırılması elzemdir. Toplum temelli farkındalığı artırmak için yirmi yaşından itibaren KKMM yapmaları için kadınlara danışmanlık verilmesi gerektiği önerilmektedir (Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, 2017).

- ***Ultrasonografi (USG)***

Meme dokusuna ses dalgaları verilerek tüm kadrınların taranması işlemidir. Yöntem ucuz, kolay uygulanabilen, radyasyon içermeyen ve belirlenen kitlelerin içyapılarını, bölgesel lenf nodlarının değerlendirilmesinde kullanılır (Saatkaya, 2009; Yılmaz, 2006). En önemli endikasyonu, bir kitlenin solid/ kistik ayrımının yapılmasıdır. Derin yerleşimli lezyonların ve mikrokalsifikasyonların saptanmasında yetersiz kalabilmektedir.

- ***Pozitron Emisyon Tomografi (PET)***

F-18-FDG-PET (Flour- 18- fluorodeoxyglucose- pozitron emission tomography) primer tümörü yanı sıra lenf nodu ve uzak metastazların varlığını tespit edilmesinde önemli bir tetkiktir. Meme dokusu yoğunluğundan görüntüleme tekniklerini etkilemez bu nedenle diğer görüntüleme tekniklerine göre daha değerlidir ( Güven, 2019).

- ***Manyetik Rezonans (MR)***

Güçlü bir manyetik alan yaratılarak bu alanda dokulara verilen radyofrekans dalgaları kullanılarak sinyalleri görüntü haline getiren görüntüleme tekniğidir. Tanı konulması zor olan dens meme dokusunda, tedavi sonrası tekrar gelişen tümörlerin tespitinde, meme koruyucu cerrahi uygulanacak hastalarda göğüs duvarına yerleşen

kitlelerde çevre dokulara yayılımın incelenmesinde kullanılan bir yöntemdir (Polat, 2012).

- **Biyopsiler**

Vücutun herhangi bir bölgesinde tespit edilen şüpheli kitlelerin kanser olup olmadığına tanı koymak amacıyla yapılan bir girişimdir. Amaç memede bulunan malign lezyonların karakteristik özelliklerini saptamak ve meme kanserinin kesin tanısını koymaktır, 4 biyopsi türü vardır. Bunlar; cerrahi biyopsi, stereotoksik biyopsi, kesici iğne biyopsisi ve ince iğne aspirasyon biyopsisidir ( Kılıç ve Yılmaz 2014).

i. **Cerrahi biyopsi;** İnsizyonel biyopsi ve eksizyonel biyopsi olmak üzere iki türü vardır. İnsizyonel biyopsi; saptanan şüpheli kitlenin histopatolojik tanı koyduracak miktarda örnek alınmasıdır( Kaymakçı 2014). Eksizyonel biyopsi; saptanan kitlenin hem histopatolojik örnek alınması hemde tamamının çıkarılması işlemidir (Kaymakçı, 2014).

ii. **Stereotoksik biyopsi;** Biyopsi yapılacak non palpabl kitlenin, görüntüleme yöntemi kullanılarak klavuz bir tel aracılığıyla işaretlenerek cerrahi yöntemle tamamının çıkarılması işlemidir (Kaymakçı, 2014)

iii. **Kesici iğne kor biyopsisi;** Lokal anestezi altında biyopsi tabancasının ucunda bulunan kalın bir iğne yardımı ile kitleden küçük doku örnekleri alınması ve incelenmesi ile yapılır. Biyopsi ile en az 5 örnek alınır.

- Otomat kor biyopsi (tru-cut)

- Vakum destekli kor biyopsi

iv. **İnce iğne aspirasyon biyopsisi;** Ultrason ile saptanan kitle lokal anestezi altında disposibl ince iğne aracılığıyla şüphelinenen kitleden hücreler çekilerek incelenmesi işlemidir. (Çelik ve ark., 2017).

#### 4.2.5. Meme Kanseri Tipleri

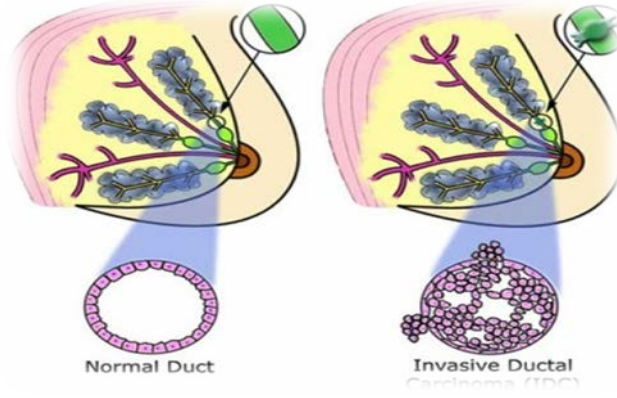
Meme kanseri memenin dokusunda, duktuslarında veya lobüllerinde oluşan kanser türüdür. Kanser hücreleri lokalize veya çevre dokulara yayılımlarına bakılarak noninvazif (in situ) kanser veya invazif (infiltr) kanser olarak iki gruba ayrılır. Kanserin invaziv olması ya da olmaması tedavi seçeneklerini ve alınan tedavilere karşı nasıl cevap verilebileceğini belirlemektedir (Kaymakçı, 2014). Meme kanserinin en fazla invaziv duktal veya invaziv lobüler karsinom teşhisi konulmaktadır (ACS, 2011).

##### *Duktal Kanseler*

Meme içerisindeki kanalların epitel dokusundan kaynaklanır.

- Noninvaziv duktal kanseler (DCIS); Duktus (kanal) içerisindeki hücrelerde oluşan bir kanser türüdür. Tanı konulması kolay, hayatı tehdit edici değildir. Meme kanserinin tekrar gelişme riski ise daha önce hiç meme kanseri olmayan bir kişiye göre daha fazla risk altındadır. Nüks olasılığı % 30'un altındadır (Breastcancer.org, 2018).

- İnvaziv duktal kanseler; Meme kanserleri arasında en sık görülen türdür. Tüm meme kanserlerinin %90'ını oluşturmaktadır (Sharma ve ark. 2010). Memedeki duktuslarda başlar, duktus duvarlarında yayılım ile memedeki yağ dokusunda gelişir. İleri yaşlarda daha yaygın görülür. ACS' ye göre, invaziv meme kanseri teşhisi konulan kadınların yaklaşık üçte ikisi 55 yaş ve üstündedir (ACS, 2015). Tedavi edilmezse kan ve lenfler yoluyla metastaz yapabilir.



Şekil 3. Duktal Karsinom Tipik Yapısı ( Kaynak: Sharma ve ark. 2010)

### ***Lobüler Kanserler;***

Memenin lobüllerinde bulunan epitel dokudan kaynaklanan kanser türüdür.

- Noninvaziv (insut) lobüler kanserler (Lobüler karsinoma insutu) (LCIS); Meme lobüllerinin anormal büyümesi ve kanser hücrelerine dönüşmesi sonucu oluşur. LCIS genellikle premenapozal olup, en çok 45-50 yaşları arasında teşhis konulur. LCIS nadir tanı konulan bir kanser türüdür ve biyopsi işlemi sonucunda tanı konulur. ( ACS, 2015).

- İnvaziv lobüler karsinoma; Meme lobüllerindeki hücrelerde başlar, meme dokusu çevresine yayılım gösterir, zamanla lenf bezlerine ve muhtemelen vücudun diğer bölgelerine metastaz yapar. Meme kanseri türleri arasında invaziv duktal karsinomdan sonra ikinci sıradadır (ACS, 2015; Breastcancer.org, 2019).

### ***İnflamatuvar Meme Kanseri;***

Nadir görülen ve agresif seyir izleyen bir kanser türüdür. ACS' ye göre, Amerika Birleşik Devletler'indeki meme kanseri vakalarının yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Meme dokusunda inflamasyon meydana çıkar. Belirtiler aniden gelişir ve günler içinde kötüleşebilir. Kanser hücreleri lenf kanallarında tutulum gösterir. Belirtileri ise memede şişlik, kızarıklık, portakal kabuğu görünümü, sıcaklık, deride kalınlaşma, sertleşme oluşur (ACS, 2015; Breastcancer.org, 2019).

**Paget Hastalığı;** Genellikle duktuslarda başlayıp meme başı yüzeyine ve areolaya yayılır. Meme başı genellikle ve areola pullu, kırmızı ve tahriş görünümü olup prognozu iyi seyir izler (Breastcancer.org, 2019).

#### **4.2.6. Meme Kanserinde Evreleme**

Evreleme kanser tanısı konulan bir vakada izlenecek yolu belirleyen temel öğedir. Epidemiyoloji uzmanları, halk sağlığı uzmanları, meme kanserinin insidansı, tarama-tedavi sonuçları ve dünyadaki risk faktörlerinde değişimleri değerlendirmek için evrelemeden faydalanırlar (Vorobiof et al., 2001). Evreleme, klinik bilimlere temel bilimlerin uyarlanması ve meme kanseri araştırmalarının gelişmesinde tamamlayıcı rol oynar.

Geçmişte meme kanseri operabl/nonoperabl olarak sınıflanmaktaydı. 20. yy başlarında cerrahlar, her meme kanserinin aynı tedavi ya da prognoza sahip olmadığını fark ettiler. 1904 yılında Alman doktor Steintal meme kanserini 3 evreye ayırdı. Memede lokalize, küçük tümör evre 1, aksiler lenf nodu yayılımı olan daha büyük tümör evre 2, meme etrafındaki dokulara yayılma yapmış olan tümör evre 3 olarak sınıflandırıldı (Ferahman, 2006; Singletary ve Connolly, 2006).

Portmann, 1943 yılında, klinik, patolojik ve radyolojik verileri temel alarak sınıflama yaparken cilt tutulumu, primer tümörün lokalizasyonu, hareketli olması ile lokal ya da uzak metastaz varlığını da değerlendirmeye aldı (Santillan et al., 2009).

Tarama mamografilerinin yaygınlaşması, halkın bilinçlenmesi ile daha erken dönemde meme kanserlerine tanı konulması ile birlikte yeni evreleme sistemine ihtiyaç artmıştır. Klinik evreleme için kullanılan çeşitli sistemler vardır Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (UICC) 1958 yılında, ardından da Amerikan Kanser Birliği (AJCC) 1977 yılında TNM sınıflamasını düzenlemiştir. ABD' de 3 evreleme sistemi kullanılmakla birlikte en yaygın kullanılan sistem TNM sınıflamasıdır. Kanser biyolojisindeki gelişmeler ve elde edilen yeni klinik verilere göre AJCC ve UICC periyodik olarak

TNM sistemini düzenlemektedir. Birincisi 1977 yılında yayınlanan TNM evrelemesi, bu aralıklarla değişerek yedincisi 2010 ocak ayında yayınlanmıştır (Akan ve Demirer, 2012). Evreleme, sağkalım süresini ve tedavinin planlanması için önemlidir. Buna göre; tümör T, nodül N, metastaz M ile temsil edilir. Meme kanserinde klinik evrelendirme Tablo 3’de gösterildi.

**Tablo 3. Meme Kanserinde Evreleme ( TNM )**

<b>Evre</b>	<b>T (Tümör Çapı)</b>	<b>N (Lenf Nodu Tutulumu)</b>	<b>M (Metastaz)</b>
0	Tis	N0	M0
I	T <sub>1</sub> (T<2cm)	N0	M0
<b>II</b>			
IIA	T <sub>0</sub> (Tis)	N1	M0
	T <sub>1</sub> (T<2)	N1	M0
	T <sub>2</sub> (T>2, T ≤5)	N0	M0
IIB	T <sub>2</sub> (T>2cm, T ≤5cm)	N1	M0
	T <sub>3</sub> (T>5cm)	N0	M0
<b>III</b>			
IIIA	T <sub>0</sub> (Tis)	N2	M0
	T <sub>1</sub> (T<2)	N2	M0
	T <sub>2</sub> (T>2cm, T ≤5cm)	N2	M0
	T <sub>3</sub> (T>5cm)	N1	M0
	T <sub>3</sub> (T>5cm)	N2	M0
IIIB	T <sub>4</sub>	N0	M0
	T <sub>4</sub> (Göğüs duvarı veya cilde uzantılı herhangi boyut)	N1	M0
	T <sub>4</sub>	N2	M0
IIIC	Herhangir boyutta	N0	M0
IV	Herhangi boyut	Her tür lenf tutumu	M1

#### 4.2.7. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde cerrahi, radyoterapi ve medikal tedavi (kemoterapi ve hormonoterapi) olmak üzere 3 yöntem vardır (Bozfakıoğlu ve Asoğlu, 2002). Tedaviler tek tek uygulanacağı gibi birkaç tedavi yöntemi birlikte uygulanabilmektedir.

Tedavi tercihi hastanın yaşı ve menopoz durumu, kanserin özelliği, evresi ve tümörün hormon reseptörleri içeriği gibi etmenler belirler (Uçar, 2008).

Radyoterapi ve Cerrahi gibi tedavi grupları doğrudan tümöre, memeye, lenf nodlarına veya diğer spesifik bölgelere uygulanır. Tüm vücuda etki eden kemoterapi ve hormon tedavisi ise sistemik etkilidir (McCready, 2004).

#### **4.2.7.1. Cerrahi Tedavi**

Meme kanserinde cerrahi ameliyat tipini hastanın memesinin büyüklüğü, tümörün büyüklüğü, hastanın genel durumu belirler (Baron, 2007). Memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı meme koruyucu yapılan ameliyat diğeri ise memenin tümünün alınmasını içeren mastektomi ameliyatlardır.

- ***Meme Koruyucu Ameliyatlarda***

Meme koruyucu cerrahi bazen lumpektomi, parsiyel mastektomi (segmental mastektomi, kuadrantektomi) olarak da adlandırılabilir. Erken evre meme kanseri tanısı konmuş hastaların için memelerinin çoğunu korumasına izin veren cerrahi ameliyattır. Ameliyat sonrası dönemde radyoterapi uygulanır. A

Amaç ise kanser tekrarlama riskini düşürürken, memeyi ve estetik görünümünü sağlamaktır (Karayurt, 2014). Yapılan klinik çalışmalarda yöntemin mastektomiden daha güvenli ve sağ kalım oranlarının benzerliği bulunmuştur (Newman and Kuerer, 2005; cancer.org, 2017).

- ***Mastektomi***

Mastektomi, kısaca memenin tümüyle çıkarılması işlemidir (Dağoğlu, 2002). Basit mastektomi, modifiye radikal mastektomi, deri koruyucu mastektomi ve radikal mastektomi olmak üzere 4 tür mastektomi vardır (cancer.org, 2017).

- ***Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu:***

Meme rekonstrüksiyonu, mastektomi sonrası kaybedilen memenin yerine yenisinin oluşturulmasıdır. Meme rekonstrüksiyonu mastektomi ile birlikte (eş



zamanlı rekonstrüksiyon) yada tedaviler bittikten sonra ayrı birzaman diliminde de (geç zamanlı rekonstrüksiyon) yapılabilir. Teknik ve psikolojik sonuçlardan daha iyi sonuç alınmasından dolayı eş zamanlı meme rekonstrüksiyon tercih edilmektedir (Harmer, 2006).

- ***Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu***

İleri tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde yardımcı olmak amacıyla kol altındaki alandan lenf nodlarının (aksilla) çıkarılması ve kanser yayılımı açısından kontrol edilme işlemidir.. (cancer.org, 2017). Yan etkileri ağrı, şişme, kanama, kan pıhtılaşması ve enfeksiyondur.

#### **4.2.7.2. Radyoterapi**

Radyoterapi (RT) meme kanseri hastalarında ameliyattan öne veya sonra memeye, göğüs duvarına veya koltuk altına yapılabilecek kanser hücrelerini, lokalize oldukları alanda harap etmek, hasara uğratmak veya yok etmek amacıyla uygulanır (ACS, 2014). Tüm evre meme kanserlerinde uygulanabilinen bir tedavi yöntemidir. Amaç yüksek enerjili iyonize ışınlar kullanılarak kanser hücrelerinin öldürülmesidir. Radyoterapi sonrası ciltte kızarıklık, hassasiyet, kaşıntı, kuruma, pullanma, yanık, cilt renginin koyulaşması, memede ve kolda şişlik, ağrı görülebilecek yan etkilerdir.

#### **4.2.7.3. Medikal Tedavi**

##### ***Kemoterapi***

Kemoterapi, intravenöz veya ağız yolu ile verilir. Kanserli hücreleri ve vücudun herhangi bir bölgesine metastaz olabilecek kanser hücrelerini zayıflatmak ve yok etmek için kullanılan tedavi yöntemidir (Breastcancer.org 2017).

### ***Hormonal Tedavi***

Meme kanseri gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülen endojen ve östrojen reseptörleri bloke edilerek seviyesinin düşürülmesi kanserin büyümesini geriletir (Bozfakıoğlu, 2002).

### **4.3. Beden İmajı**

İlk olarak Paul Schilder 1935 yılında beden imajını “Beden imgesi, bedenimizin zihnimizdeki resmi, yani bedenimizin bize görüldüğü biçimidir” şeklinde tanımlamıştır. Beden imajı en çok Psikiyatri’de ve Psikoloji’de kullanılan ve her zaman önemli bir kavram olmuştur. Her uzman beden imajı kavramını kendi uzmanlık alanına göre, bölümlere ayırarak ele almıştır ve çeşitli tanımları yapılmıştır (Potur 2003).

Beden imajı bireyin bedeni ile ilgili bilinçli veya bilinç dışı duygularını, düşüncelerini içeren kimlik için bir temel oluşturan algılardır. Bir çok görüşün içerisinde beden imajı ile ilgili ana görüş “bireyin beden şekli ve görünümünün içsel temsili olduğu ve algısal, tutumsal, davranışsal özellikleri olan çok boyutlu bir kavram” olduğu yönündedir (Cash and Smolak, 2011; Schwartz and Brownell, 2004).

Beden imajı her ne kadar öznel, psikolojik bir kavram olsa da bu kavramı etkileyen sosyal, kültürel ve toplumsal faktörler de bulunmaktadır. Özellikle sosyokültürel yapı, yaş, kültür, cinsiyet, teknoloji, geçmiş olumlu olumsuz deneyimlerle oluşan kendine ve kendi bedenine verdiği değer de beden imajını etkileyen unsurlardır. Her bireyin ideal kabul ettiği ve kendi bedeni ile karşılaştırma yaptığı bir beden imajı bulunmakla birlikte, beden imajını bozan ameliyatlara, hastalıklar veya ilaç kullanımları bireyde söz edilen ideal beden imajı ile var olan beden imajı arasındaki uyumsuzluğu arttırmaktadır (Armağan, 2013; Schwartz and Brownell, 2004).Beden imajı olumsuz etkilenen bireyde; beden bölgelerine bakma ya da dokunmanın reddi, bedenin saklanması ya da aşırı sergilenmesi, sosyal izolasyon, beden hakkında olumsuz

düşünceler, beden kısımları ya da fonksiyon kaybı ile ilgili kaygı, gibi sorunlar görülebilir (Cash et al., 2002; Polat, 2007).

#### **4.3.1. Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Beden İmajı**

Yaşanılan kültürel ortam, teknolojinin gelişmesi, sosyal medyanın gelişmesi özellikle toplumda beden imajına olan bakış açısında köklü değişikliklere neden olmuştur. Meme kaybı riski ile karşılaşan kadında; kanser, ölüm ve geleceğe dair belirsizliğe ilişkin korkular gelişmeye başlar. Memenin kaybının kadında dış görünüşte köklü değişiklikler, yetersizlik, eksik ve işe yaramazlık hissetmeye neden olduğu belirlenmiştir.

Kadınların yaşadıkları beden imajı değişimi memee kanseri cerrahi tedavinin türü ile de ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda cerrahi tedavi beden imajını farklı derecede ve şekillerde etkilediğini kanıtlamaktadır. Cebeci ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada hastalardan biri mastektomi sonrası ameliyat bölgesine bakmadığını evdeki aynaları kırdığını söylemiştir ( Cebeci ve ark., 20119). Diğer bir çalışmada Yeter ve ark. (2009) mastektomi olan hastaların büyük kısmının uzun süre ameliyat bölgesine dokunmak istemediğini, aynaya bakmayı red ettiğini ve kıyafetlerini karanlıkta değiştirmeyi tercih ettiklerini bildirmiştir. Meme koruyucu cerrahi yapılan hastalar radikal mastektomiye göre değişen beden imajını daha çok adapte olmuşlardır ( Yeter ve ark., 2009).

Meme kanseri doğası ve tedavinin etkileri kanserli bireyin yaşamını uzun vadede fiziksel ve psikolojik yönden olumsuz etkilemekte beden imajında olumsuz değişikliklere yol açmaktadır. Bireyin meme kanseri tedavisinin istenmeyen etkilerine bağlı bozulan beden imajı, bireyin tedavi sürecinde tedaviye uyumunu da bozabilmektedir. Bu nedenle meme kanserli beden imajının yeniden yapılandırılması önem kazanmaktadır (Yeter ve ark., 2009). Hemşireler meme kanserli bireylerin tedavi süresince hastalarla yakın iletişimde dirler. Meme kanseri tedavilerini ve tedavilere bağlı oluşabilecek yan etkileri iyi bilmelerinin yanı sıra hemşirelerin bakımı planlamalarında hastaların beden imajı algılarını değerlendirmeleri ve izlemeleri gereklidir(Yılmaz, 2012; Koçan ve Gürsoy, 2016) Ülkemizde meme kanserli bireylerin beden imajının

değerlendirildiği çalışmalar sınırlıdır (Koçan ve Gürsoy, 2016). Bu çalışmalarda da genel beden imajı ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir. Bu ölçekler meme kanserine yönelik problemleri tam olarak değerlendirememekte, meme kanserinin semptomlarını ve tedavi sonuçlarını değerlendirmede yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle hastalığa özgü ölçeklerin kullanımı önemli bir role sahiptir. BIBCQ sadece meme kanserli hastaların beden imajını spesifik olarak değerlendiren (Baxter et al., 1998) ölçektir. Bu ölçek geçerliği ve güvenilirliği birçok ülkede kültürel uyarlaması yapılmış bir ölçektir. Meme kanserli kadınların tedavi ve rehabilitasyonunda beden imajının geçerli bir araçla değerlendirilmesi dikkat çekici bir konudur. Bu konuda günümüzde geçerli ve güvenilir belgeler hala yetersizdir.

BIBCQ ölçeğinin Türk toplumuna kazandırılması, hemşireler için meme kanserli hastaların beden imajını değerlendirmeye yönelik uygun bir ölçüm aracı kullanma olanağını sağlayacak ve bakım kalitesini arttıracaktır. Ayrıca gelecekteki çalışmalara katkı sağlayacaktır.

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırma meme kanseri olan kadınlar için geliştirilen Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği-MKBIÖ (Body Image After Breast Cancer Questionnaire-BIBCQ)' nin Türk diline uyarlanarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini saptamak ve meme kanseri olan bireylerin beden imajı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma metodolojik, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma veri toplama formları 06/12/2017-06/12/2018 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel Cerrahi Polikliniği'nde izlenen hastalar üzerinde uygulandı. Genel cerrahi poliklinikleri randevu yöntemi ile 08.00–16.00 saatlerinde hizmet vermekte, beş genel poliklinik, iki yandal polikliniği bulunmaktadır. Klinikte toplam bir profesör, 6 doçent ve 30 uzman çalışmaktadır. Poliklinikte bir hemşire görev yapmakta ve meme kanseri hastalarının izlemine çalışmaktadır. Poliklinik binası yatan hasta binasından ayrı bir binada konumlanmaktadır. Genel cerrahi polikliniği, poliklinik hizmeti veren binanın üçüncü katında yer almaktadır. Genel cerrahi kliniğinde toplam 4 servisten, 46 yataktan bulunmakta ve ayrıca servis içerisinde 4 yataklı ameliyat sonrası yoğun bakım bulunmaktadır. Ameliyathanede haftanın beş günü meme kanserli hastalar için ayrılmaktadır. Polikliniğe günlük ortalama 5-10 meme kanseri olan hasta başvurmakta, bu rakam yıllık yaklaşık olarak 1500'e kadar ulaşmaktadır. Her bir hastaya yıl içinde en az dört kez poliklinik kontrolleri yapılmaktadır.

Bu araştırma kesitsel, tek merkezli bir araştırmadır. Bu durum araştırma için bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Ancak araştırmanın yapıldığı il olan İstanbul Türkiye'nin en fazla nüfusa sahip ilidir ve Türkiye'nin her yerinden göç almaktadır. İstanbul' da sözü edilen hastaneye il sınırları içerisinde ikamet eden hastaların yanı sıra Türkiye'nin farklı bölgelerinden de hasta kabul edilmektedir. Aynı zamanda bu hastane çok sayıda hastaya hizmet veren bir devlet hastanesi olduğu için Türkiye'nin farklı bölgelerine ait kültürel özelliklere sahip bireylerin başvurusu söz konusudur. Bütün bunlar göz önüne alındığında

araştırmaya alınan hasta popülasyonunun ülke geneline ait topluluğu önemli oranda temsil ettiği düşünülmektedir.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

#### ***Araştırmanın Evreni:***

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel Cerrahi Polikliniği'nde meme kanseri tanısı konulan 500 kadın hasta oluşturdu. Araştırma verileri 06/12/2017-06/12/2018 tarihleri arasında toplandı.

#### ***Araştırmanın Örneklemi:***

Ölçek uyarlama çalışmalarında örneklem büyüklüğünün belirlenmesi konusunda farklı görüşlere rastlanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2016). Ölçek güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için maddeler net olduğunda ve madde sayısı fazla olmadığında 100 ile 200 arasında örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Genellikle ölçek uyarlamalarında faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğünün, ölçeğin içerdiği değişken sayısının 5 ila 10 katı olması istenmektedir (Tavşancıl, 2010). Fakat yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında faktördeki madde sayısı az, faktör yükleri düşük ve orta olduğunda örneklem büyüklüğünün en az 300 olması, doğrulayıcı faktör analizi için ise 300-500 arasında olması önerilmektedir (Ayhan ve ark, 2015). MKBİÖ'nün madde sayısının 53 olduğu göz önüne alındığında örneklem büyüklüğünün 500 olması yeterli olacağı öngörüldü. Veri kaybı düşünüldüğünden toplama 520 hasta alındı. Veri değerlendirme aşamasında eksik ve yanlış doldurulan 20 form iptal edildi. Veri analizine 500 katılımcı alındı. Böylece örneklem 500 bireyden oluştu.

Örneklem seçim kriterleri: Meme kanseri tanısı konulan, tanısının farkında olan, Türkçe iletişim kurabilen, işitme ve konuşma sorunu olmayan, kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaş ve üzeri, genel durumu stabil olan, mastektomi veya meme koruyucu cerrahi yapılmış olan, meme kanseri tanısı sonrası cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi ve hedefe yönelik tedavi seçeneklerinden bir ya da birkaçı birlikte uygulanmış ve tıbbi izlem altında olan, kemoterapi tedavisinin üstünden en az üç ay geçmiş olan ve tedavi sonrası en az üç ay en fazla beş yıllık süre içerisinde olan, psikiyatrik hastalığı olmayan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

Dışlama Kriterleri: Okuma yazması olmayan, mental yetersizliği olan, çalışma sırasında kemoterapi tedavisi gören hastaların beden imajı etkileneceği için örneklem dışı bırakılmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan sözlü ve yazılı (Ek.1) onam alınmıştır.

#### **5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Ölçekteki maddelerin fazla olması ve araç için yeterince zaman ayırmak istememeleri, araştırmada örneklem büyüklüğüne ulaşabilmek için araştırmacının uzun süre veri toplaması gerekmiştir. Bu durum araştırma süresinin uzamasına neden olmuştur. Katılımcıların eşlerinden izin almak istemeleri, bireylerin meme organının mahrem olarak görmeleri ve konuşmadan kaçınmaları gibi nedenlerden dolayı sınırlılıklar oluşmuştur.

#### **5.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

MKBİÖ' ne verilen yanıtlardan elde edilen puanlar araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturdu. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık ile ilgili özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturdu.

#### **5.6. Veri Toplama Araçları**

Veriler, “Sosyodemografik Özellikler Formu” (Ek 2), “MKBİÖ Türkçe formu” (Ek 3) ile toplandı.

#### ***Tanıttıcı Özellikler Formu:***

Araştırmacı tarafından geliştirilen Tanıttıcı Özellikler Formunda hastanın yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, ortalama gelir düzeyi, mesleği, başka kronik hastalıkları, cerrahiden itibaren geçen süre, meme kanseri sonrası alınan tedaviler, ailede meme kanseri olan akraba, hastalığın evresi, cerrahide uygulanan ameliyat tipi, rekonstrüksiyon geçirme durumu gibi özelliklerini içeren, toplam 12 sorudan oluşan bir formdur (Ek 2).

***Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği - MKBİÖ (Body Image After Breast Cancer Questionnaire - BIBCQ ):***

Bu ölçek, Nancy Baxter (1998) tarafından geliştirilmiş olup Vamos (1993) tarafından geliştirilen kronik hastalığı olan bireylerin çok boyutlu beden imajı kavramına dayanmaktadır. Ölçeğin geliştirildiği çalışma 360 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir (Baxter, 1998). Ölçeğin özgün formu toplam 53 ifadeden oluşmaktadır. Faktör analizi ile birlikte istatistiksel madde azaltma yöntemlerini kullanarak, 45 ortak madde ve 8 özel maddeden oluşan bir ölçek geliştirilmiştir. Bazı maddeler duyuşsal olarak daha uygun, bazıları ise çevresel etkenlere daha uygun olduğundan, iki yanıt formatı dahil edilmiştir.

Maddelerden 24. ve 51. madde yalnızca mastektomi ameliyatı geçirmiş vakalara özel sorular içermektedir; 25, 26, 27, 28, 52 ve 53 numaralı maddeler hiç ameliyat geçirmemiş, lumpektomi olmuş ya da mastektomi sonrası rekonstrüksiyon uygulanan kadınlara özel sorular içermektedir. Bu maddelerin özelliğinden dolayı, DFA'ya dahil edilmemiştir. Ölçekte 1. bölümde; her bir madde 5' li likert türünde yanıtlanmakta; Kesinlikle Katılmıyorum:1, Katılmıyorum:2, Kararsızım:3, Katılıyorum:4, Kesinlikle Katılıyorum:5 şeklinde puanlanmaktadır İkinci bölümdeki maddeler Hiçbir zaman:1 Nadiren:2 Bazen:3 Genellikle:4 Daima:5 olarak puanlanmaktadır. Özgün ölçeğin  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (Baxter, 1998). Ölçeğin altı alt boyutu vardır. Bunlar; Kırılgnalık, Damganlama, Aktivite Sınırlılıkları, Beden Kaygıları, Şeffaflık, Kola Yönelik Kaygılar alt boyutudur. Orijinal ölçekte kırılgnalık alt boyutunu oluşturan maddeler 4.7.13.15.22.33.35.39.41.42. ve 48. maddelerdir. Bu maddeler kadının vücudunun kansere karşı duyarlılık duygularını ifade etmektedir. Damgalanma alt boyutunun maddeleri 1.3.9.18.19, 21, 30, 32, 40,12, 37 olup kadının vücudunu gizli tutma ihtiyacına yönelik düşünce ve davranışları içerir. Aktivite Sınırlılıkları alt boyutu 5,6,17,36,44,45, 43, 49. Maddelerinden oluşmakta, kadının yeterlilik ve yetenekler hakkındaki duygularını içerir. Beden Kaygıları alt boyutundaki 8,10,11,16,20,23. maddelerdir, bireyin vücut şekli ve görünümünden memnuniyetini ifade eder. Şeffaflık alt boyutu maddeleri 29.31.34.46.50.'dir, kanserle ilgili görünümdeki değişikliklerin belirginliğini anlatmaktadır. Kola Yönelik Kaygılar alt boyutu ise 4.14.38.47. maddeleri içerir, kolun görünümü ve belirtileri ile ilgili endişeleri ifade etmektedir. Ölçek 40'ı pozitif (1, 3, 4, 5, 7, 9, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 50.), 13'ü negatif (2, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 20, 23, 37, 43, 49. )maddeden oluşmaktadır. MKBIÖ orijinal şeklinde alınabilecek en düşük puan 45, en yüksek puan 225 puandır (Baxter, 1998). Ölçek toplam puanı arttıkça bireyin olumsuz beden algısı artmaktadır. Ölçek puanının artması olumsuz beden imajının arttığını göstermektedir ya da beden kaygılarının arttığını ifade etmektedir. Alt boyutlardan; Kırılgnalık 1-55, Damgalanma



11-55, Aktivite Sınırlılıkları 8-40, Beden Kaygıları 6-30, Şeffaflık 5-25, Kola Yönelik Kaygı alt ölçeğinden ise 4-20 puan alınabilmektedir (Baxter, 1998).

### **5.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırma veri toplama formları 09.01.2017 – 24.12.2018 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel Cerrahi Polikliniği'nde izlenen 500 hasta üzerinde uygulandı. Poliklinikler randevu usulü ile 08.00–16.00 saatlerinde hizmet vermekte ve poliklinik de bir hemşire görev yapmaktadır. Polikliniğe 2016 yılında günlük ortalama beş – on civarında meme kanseri olan hasta başvurmuş bu rakam yıllık yaklaşık olarak binbeşyüze kadar ulaşmıştır. Ancak polikliniğe ilk başvuru yapanlar ve tekrarlayan başvurular söz konusu olduğu için polikliniğin kayıtlı hasta sayısına ulaşamamıştır. Poliklinikte çalışan hekim, hemşire ve sekretere çalışma hakkında bilgi verildi, meme kanseri tanısı konulan hasta başvurusunda iletişime geçmeleri istendi. Katılımcılar ile telefonda görüşülerek bir sonraki kontrollerinin zamanı öğrenildi. Araştırmaya katılacak olan hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra veri toplama formu dolduruldu. Hastanın demografik verileri ve tıbbi öyküsü kendisine sorularak dolduruldu. Hastalık tanısı, hastalığın evresi, ameliyat türü, ameliyat tarihi, radyoterapi, patoloji raporu hastane otomasyon sistemindeki hasta kayıtlarından elde edildi. Veri toplama formunun doldurulması ortalama 15-20 dakikada gerçekleştirildi.

### **5.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği'nin geçerliği için; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği incelendi. Dil geçerliği için, ileri düzeyde İngilizce bilen üç kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çeviri ardından bir dil bilimci, bir genel cerrah ve ana dili İngilizce olan bir kişi olmak üzere toplam üç kişi tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çeviri yapıldı. Kapsam geçerliği için, 14 kişiden uzman görüşü alındı. Temel Bileşenler Analizi (Varimax rotasyonu), Yapısal Eşitlik Modeli kullanıldı. Ölçeğin orijinal formunda 24-28. maddeler ve 51-53. maddeler tüm örnekleme hitap etmemekte olup, spesifik gruplar için hazırlanmış olduğundan bu maddelerin Kaiser Meyer Olkin ya da Barlett değerlerine katkısı küçük olup, tüm örnekleme yönelik olmadığı için, analize alınmadı. Ölçeği geliştiren araştırmacı belirtilen maddelerin analiz dışında bırakılmasını onaylamıştır. İç tutarlılık katsayısı Cronbach Alpha yöntemi, test- tekrar test güvenilirliği uygulandı.

Verilerin dağılımının normalliği Kolmogorov Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Tüm boyutların dağılımları normal dağılıma uymadığından, ikili grupların analizinde Mann Whitney U, ikiden fazla grubun analizinde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplaması uygulanmıştır. KMO değeri 0.50'nin üzerinde olup, örneklemin yeterli olduğunu göstermektedir. Barlett's testi ise analiz için elde edilen verilerin Varimax rotasyonuna uygun olduğunu göstermektedir ( $X^2$ : 11945.524;  $p < 0.05$ ). Tüm analizler %95 güven aralığında, 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler SPSS 22.0 for Windows ve AMOS Graphics 24 paket programlarında gerçekleştirilmiştir.

BIBCQ'nun ölçeğinin geçerlik çalışmasında dil, kapsam, yapı geçerliğinin incelenmesi ve sonrasında güvenirliği için iç tutarlılık ve test-tekrar test (zamana göre değişmezlik) kullanıldı.

#### - Geçerlik

**Dil Geçerliği:** Aracın üç İngilizce iyi bilen üç uzman tarafından birbirlerinden bağımsız olarak Türkçeye çevrili yapıldı. Türkçe çevirisi bu konu da uzman öğretim üyesi, bir Türk dili edebiyatı uzmanı tarafından her madde dilbilgisine uygunluğunu incelendi. Sonraki aşamada; Türkçeleştirilen ölçme aracı, yabancı dili ve kültürü iyi bilen aynı zamanda Türkçeyi iyi bilen üç başka kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildi. Çeviri İngilizce aslı ile karşılaştırılarak aslına tam uymayan maddelerin Türkçeleri yeniden gözden geçirilerek düzeltildi.

**Kapsam Geçerliği:** Araç, Türkçe'ye uyarlandıktan sonra kapsam geçerliğini sağlamak için hemşirelik bilim alanlarından uzman görüşlerine sunuldu. Ölçeğin orijinal hali, çeviriler bu aşamada incelenerek ölçeğin uygulama için oluşturulması amaçlanır. Bu aşamada ilgisiz, belirsiz ve yetersiz gördüğü maddeleri değiştirebilir ya da çıkarabilirler (WHO, 2017). Uzman eleştirileri doğrultusunda maddelerde düzeltmeler yapıldı. İyi anlaşılmadığı belirtilenler yeniden gözden geçirildi. Kapsam Geçerlik Oranları Davis Tekniği kullanılmıştır. En az 5 en fazla 40 uzman tarafından gelen görüşler doğrultusunda Kapsam Geçerlik Oranı saptandı. Bu teknikte “Kesinlikle Uygun”, “ Uygun”, “ Uygun değil ” ve “ Kesinlikle Uygun Değil” şeklinde derecelendirilir. Kapsam Geçerlik İndeksinin (KGİ) minimum 0,80 olması gerektiği dikkate alındığında (Grant ve Davis 1997), çalışmamızda orijinal BIBCQ ölçeğinde yer alan 20 (Kalçalarımın görünümünden memnunum) ve 23 (Kalçalarımın şeklinden memnunum). maddeler çıkarıldı. Maddelerden 2 (Kolumda duyu kaybı, uyuşukluk yoktur), 10 (Bedenimi beğeniyorum), 11 (Egzersiz yaparken görünüşüm hakkında kendimi rahat hissediyorum), 22

(Birşeylerin vücudumun kontrolünü ele geçirdiğini hissediyorum). maddeler gerekli düzeltmeler yapıldı. BIBCQ' nun Türkçe uyarlaması veri toplama için hazır hale getirildi.

Araç bu son şekliyle değişik eğitim düzeylerinde 10 kişiye verilerek okunabilirlik anlaşılabilirlik yönünden katılımcı görüşü alındı. BIBCQ soruları, katılımcılar tarafından dolduruldu. Ölçeği ortalama doldurma süresi 15-20 dakikadır. Ön uygulamadan elde edilen geri bildirimler sonrasında ölçeğe son şekli verilerek uygulamaya geçildi. Ön uygulamadaki katılımcılar araştırmanın örnekleme dahil edilmedi.

**Yapı Geçerliliği:** Hedef gruptan elde edilen verilerle ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik incelemesinde kullanılan birçok yöntem bulunmakla birlikte özellikle de Likert tipi ölçeklerin yapı geçerliğinin test edilmesinde ise faktör analizinden yararlanıldı.

**Faktör Analizi:** Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) başlı başına bir araştırma yöntemi olarak adlandırılan yapısal eşitlik modellemesinin (YEM) bir türüdür (Şimşek 2007). Son yıllarda sosyal bilimler ve davranış bilimlerindeki önemi gittikçe artan yapısal eşitlik modellemeleri, oldukça fazla sayıdaki bilimsel araştırmada kullanılmaya başlamıştır (Şimşek 2007; Hooper and Mullen 2008). Ölçme aracı uyarlamalarında açıklayıcı faktör analizi yerine doğrudan doğrulayıcı faktör analizi yapılması önerilmektedir. Seçer (2015), yurt dışında geliştirilmiş bir ölçme aracının Türk kültürüne adaptasyonunu yapmaya çalışan bir araştırmacının başka kültürde zaten test edilmiş ve doğrulanmış olan bir yapıyı Türkçeye uyarlamaya çalıştığı için ölçeğin sahip olduğu örtük yapıyı yeniden belirlemek yerine, belirlenmiş olan örtük yapısının Türk kültüründe model uyumunun incelemesini ifade etmiştir.

Hemşirelik çalışmalarında, DFA bir ölçeğin faktör yapısını incelemek için kullanılmaktadır. Bir ölçeğin faktör yapısının kuramsal bilgilere uygun olması geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında istenen bir unsurdur. Bir test, indeks veya ölçeğin değişik ana kitlelerde geçerlik ve güvenilirlikleri yapıldığında standartlaşmış olur. DFA bu standartlaştırma sürecinde bireylerden toplanan verilerden elde edilen bulguların teorik yapıyla uyum gösterip göstermediğini inceleyebilen bir yöntem olduğu için analizde önemli bir yere sahiptir.

#### - **Güvenirlilik**

Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesinde iç tutarlılık ve test-tekrar test ( zamana göre değişmezlik) yararlanıldı.

***İç Tutarlılık:*** Ölçeğin iç tutarlılık denetiminde madde toplam madde korelasyonları ve Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı kullanıldı. Madde toplam madde korelasyonu ölçekteki maddelerin her birinin ölçek içinde eklenebilir özellik taşıyıp taşımadığını içerir. Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı ise ölçek içindeki maddelerin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesidir (Alpar, 2014). Ölçeğin Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı olduğunu ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğunu gösterir. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır. Bu çalışmada BIBCQ için Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı incelenmiştir. Literatürde madde toplam madde korelasyon puanlarının 0.25'in üzerinde olması, Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik değerlerinin ise 0.60'tan büyük olması ölçeklerin iç tutarlılığının onaylanması için beklenen sınırlar olarak belirlenmiştir (Şencan,2005)

***Test-Tekrar Test (Zamana Göre Değişmezlik)*** : Zamana karşı değişmezlik için test tekrar test korelasyonuna bakıldı. Araştırmaya 30 katılımcı dahil edildi. İlk uygulamadan sonra test-tekrar test için randevu alındı ve tekrar test 3 hafta sonra yapıldı. Test-tekrar test uygulamasında hastalara ulaşabilmek için araştırma örnekleminden polikliniğe başvuran hastalar dahil edildi. Pearson product-moment korelasyon tekniği kullanılarak ilk ve 3 hafta sonraki sonuçların karşılaştırılması ile ölçeğin zamana karşı değişmezliği belirlendi.

## **5.8. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler**

BIBCQ ölçeğini geliştiren Nancy Baxter'den ölçeği Türkçe'ye uyarlamak ve kullanabilmek için yazılı izin alınmıştır (EK-3). Çalışmanın yürütülebilmesi için; İstanbul Medipol Üniversitesi Tıbbi Etik Kurulundan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul izni, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği 19/10/2016 tarihli 70764255-2318 kurul kararı ile kurum izin alındı (Ek-5). Çalışmaya katılacak olan hastalara araştırma hakkında açıklama yapılarak sözlü izinleri alınmış ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurularak yazılı onam alınmıştır ( Ek-1).

## 6. BULGULAR

Araştırmanın örneklemini oluşturan 500 kişiden elde edilen bulgular iki bölümde ele alındı. Birinci bölümde katılımcıların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile MKBİÖ geçerlik ve güvenilirliğine yönelik bulgulara yer verildi. İkinci Bölümde bağımsız değişkenler ile MKBİÖ'nin toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ait bulgulara yer verildi.

### Birinci bölüm

Katılımcıların Tanıtıcı özelliklerine ve MKBİÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik bulgularına yer verildi.

#### *Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerinin Puan Ortalamaları*

**Tablo 4. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (N= 500)**

Tanıtıcı Özellikler	( n )	(%)
<b>Yaş</b>		
18-30	96	19,2
31-50	120	24,0
51-70	221	44,2
71 ve üzeri	63	12,6
<b>Medeni durum</b>		
Evli	345	69,0
Bekâr	155	31,0
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okur-Yazar	24	4,8
İlkokul-Ortaokul	178	35,6
Lise	208	41,6
Üniversite	90	18,0
<b>Gelir düzeyi</b>		
Düşük	48	9,6
Orta	398	79,6
Yüksek	54	10,8
<b>Çocuk</b>		
Var	401	80,2
Yok	99	19,8
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	159	31,8
Çalışıyor	122	24,4
Emekli	219	43,8

Araştırmaya alınan kadınların tanıtıcı özellikleri Tablo 1' de görülmektedir. Katılımcıların %19.2'si 18-30, %24.0'ü 31-50, %44.2'si 51-70, %12.6'sı ise 71 ve üzeri yaşadadır. Katılımcıların %69.0'u evlidir. Hastaların %4.8'i okur-yazar, %35.6'sı ilkokul-

ortaokul %41.6'sı lise ve %18.0'i üniversite mezunudur. Hastaların %9.6'sı düşük, %79.6'sı orta ve %10.8'i yüksek gelire sahiptir. Hastalardan 401'i (%80.2) çocuk sahibi, hastaların %31.8' i ev kadını, %24.4'ü çalışan, %43.8'i ise emekli bireylerden oluşmaktadır.

**Tablo 5. Araştırmaya Katılan Kadınların Hastalığa Ait Özellikleri (N=500)**

<i>Hastalığa Ait Bilgiler</i>	<i>Kişi Sayısı (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
<b><i>Diğer hastalık</i></b>		
Var	320	64,0
Yok	180	36,0
<b><i>Cerrahiden geçen süre</i></b>		
3 ay-1 yıl	103	20,6
2-3 yıl	280	56,0
4-5 yıl	117	23,4
<b><i>Aile öyküsü</i></b>		
Var	223	44,6
Yok	277	55,4
<b><i>Tedavi türü</i></b>		
Cerrahi- Radyoterapi	77	15,4
Cerrahi- Kemoterapi	204	40,8
Cerrahi-Kemoterapi-Radyoterapi	140	28,0
Cer-Kemo-Rad-Hormon	79	15,8
<b><i>Evre</i></b>		
0-1	127	25,4
2-3	338	67,6
4	35	7,0
<b><i>Cerrahi işlem</i></b>		
Total Mastektomi	59	11,8
Modifiye Mastektomi	150	30,0
Radikal Mastektomi	191	38,2
Lumpektomi	100	20,0
<b><i>Meme rekonstruksiyonu</i></b>		
Evet	150	30,0
Hayır	350	70,0

Kadınların hastalığa ait bulguları Tablo 2'de yer almaktadır. Tüm hastaların %64.0'ünün meme kanseri dışında başka bir hastalığa sahip olduğu belirlendi. Hastaların cerrahiden sonra geçen zamanı sorgulandığında; %20.6'sı 0-1 yıl, %56.0'sı 2-3 yıl, %23.4'ü 4 yıl ve daha uzun süre geçtiğini ifade etmişlerdir. Hastaların %44.6'sının ailesinde kanser öyküsü vardır. Tüm hastaların %15.4'ü cerrahi ve kemoterapi, %40.8'i cerrahi ve radyoterapi, %28.0'i cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi, %15.8'i ise cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi almaktadır. Hastaların %25.4'ü 0-1. Kanser evresinde, %67.6'sı 2-3. evrede ve %7.0'si 4. evrededir. Hastaların geçirdikleri tedavi tipine bakıldığında; 11.8'inin total

mastektomi, %30.0'unun modifiye mastektomi, %38.2'sinin radikal mastektomi ve %20.0'sinin lumpektomi geçirdiği belirlenmiştir. Meme rekonstrüksiyon ameliyatı olanların oranı %30.0'dur.

## **Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları**

### ***Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği' nin Geçerlik Bulguları***

Meme Kanserinde Beden İmajı Ölçeği' nin geçerlik çalışmasında; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği incelendi

- *Meme Kanseri Beden imajı Ölçeği' nin Dil Geçerliği*

Aracın üç İngilizce uzmanı tarafından birbirlerinden bağımsız Türkçeye çevrili yapıldı. Sonra bir konu uzmanı öğretim üyesi, ardından bir Türk dili edebiyatı uzmanı her maddeyi dilbilgisine uygunluğunu inceleyerek son şekli verildi. Yapılan çeviriler karşılaştırılarak en uygun ifadeler seçildi ve bir Türkçe ölçek elde edildi.

Sonraki aşamada Türkçeleştirilen ölçme aracı, yabancı dili ve kültürü iyi bilen biri dil bilimci, biri genel cerrah, diğeri de ana dili İngilizce olan toplam üç kişi tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevrildi. Çeviri İngilizce aslı ile karşılaştırılarak aslına tam uymayan maddelerin Türkçeleri yeniden gözden geçirilerek düzeltildi. Oluşturulan İngilizce ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırıldıktan sonra anlam açısından fark olmadığı belirlendi

- *Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği' nin Kapsam Geçerliği*

Araç, Türkçe'ye uyarlandıktan sonra kapsam geçerliğini sağlamak için hemşirelik bilim alanlarından uzman görüşlerine sunuldu. Ölçeğin orijinal hali, çeviriler bu aşamada incelenerek ölçeğin uygulama için oluşturulması amaçlanır. Bu aşamada ilgisiz, belirsiz ve yetersiz gördüğü maddeleri değiştirebilir ya da çıkarabilir. Uzmanların eleştirileri doğrultusunda maddelerde düzeltmeler yapıldı. İyi anlaşılmadığı belirtilenler yeniden gözden geçirildi. Kapsam geçerlik oranları analizi için Davis Tekniği kullanılmıştır. En az 5 en fazla 40 uzman tarafından gelen görüşler doğrultusunda Kapsam geçerlik oranı saptandı. Bu teknikte “Kesinlikle uygun”, “Uygun”, “Uygun değil ” ve “Kesinlikle Uygun Değil” şeklinde derecelendirilir. Kapsam geçerlik indeksinin (KGI) minimum 0,80 olması gerektiği dikkate alındığında (Grant and Davis 1997), çalışmamızda orijinal BIBCQ ölçeğinde yer alan

20 ve 23. maddeler çıkarıldı Tablo, ). Ayrıca 2, 10, 11. ve 22. sorular düzeltildi. BIBCQ' nun Türkçe uyarlaması veri toplama için hazır hale getirildi.

**Tablo 6. Her Bir Madde İçin Hesaplanan Kapsam Geçerlik Oranı Değerleri**

	<b>Maddeler</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>KGO</b>
1.	Bedenimi gizlemeye çalışırım.	12	2	0,85
2.	Kolumda duyu kaybı, uyuşukluk yoktur.	12	2	0,85
3.	Ameliyatlı bölgeye bakmaktan kaçınıyorum.	14	0	1,00
4.	İçimde saatli bomba varmış gibi hissediyorum .	14	0	1,00
5.	Gün boyunca kendimi yorgun hissediyorum.	12	2	0,85
6.	Mevcut enerjimden memnunum.	13	1	0,92
7.	Kansere yatkın olduğumu düşünüyorum.	14	0	1,00
8.	Bedenimin görünümünden memnunum.	13	1	0,92
9.	Kanser olduktan sonra kendimi daha az kadınsı hissediyorum.	13	1	0,92
10.	Bedenimi beğeniyorum.	12	2	0,85
11.	Egzersiz yaparken görünüşüm hakkında kendimi rahat hissediyorum.	12	2	0,85
12.	Ortak kullanılan bir giyinme odasında üstümü değiştirirken kendimi rahat hissediyorum.	12	2	0,85
13.	Bedenimin kanser tarafından ele geçirildiğini hissediyorum.	12	2	0,85
14.	Kolumun görünümünden memnunum.	14	0	1,00
15.	Bedenimin beni yarı yolda bıraktığını hissediyorum.	13	1	0,92
16.	Dış görünüşümü bu hali ile beğeniyorum.	12	2	0,85
17.	Görevlerimi başkaları yüklenmek zorunda.	13	1	0,92
18.	Bedenimin bir kısmını gizlemem gerektiğini hissediyorum.	13	1	0,92
19.	Mememdeki yara izlerine dokunmaya korkuyorum.	14	0	1,00
<b>20.</b>	<b>Kalçalarımın görünümünden memnunum.</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>0,64</b>
21.	Sarılmak gibi yakın fiziksel temastan kaçınıyorum.	13	1	0,92
22.	Bir şeylerin vücudumun kontrolünü ele geçirdiğini hissediyorum.	12	2	0,85
<b>23.</b>	<b>Kalçalarımın şeklinden memnunum.</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0,71</b>
29.	İnsanların mememe baktıklarını hissediyorum.	13	1	0,92
30.	Fiziksel temastan kaçınıyorum.	14	0	1,00
31.	İnsanların bana baktıklarını hissediyorum.	14	0	1,00
32.	Kıyafet değiştirirken vücudumu saklıyorum.	14	0	1,00
33.	Kanserin yayılmasından endişeleniyorum	14	0	1,00
34.	Memelerimin görünüşü konusunda yeniden güven duymaya ihtiyacım var.	14	0	1,00
35.	Meme kanserini kafama takıyorum.	13	1	0,92
36.	Yorgunluk yaşantımı etkiliyor.	13	1	0,92
37.	Çıplak olduğumda kendimi çekici hissediyorum.	13	1	0,92
38.	Kolumdaki şişlik benim için bir sorundur.	13	1	0,92
39.	Bedenim konusunda endişeliyim.	13	1	0,92
40.	Cinsel ilişki sırasında memelerimi kapatıyorum.	13	1	0,92
41.	Bedenime karşı kızgınlık hissediyorum.	13	1	0,92
42.	Sağlığım konusunda yeniden güven duymam gerekiyor.	13	1	0,92
43.	Günlük fiziksel aktivitelere katılabilirim.	13	1	0,92
44.	Odaklanma sorunun var.	13	1	0,92
45.	Bedenim yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermiyor.	14	0	1,00
46.	Memelerimin başkalarına düzgün görünmediğini düşünüyorum.	14	0	1,00
47.	Kol ağrısı benim için bir sorundur.	14	0	1,00
48.	Hafif ağrı sızı konusunda endişeliyim.	13	1	0,92
49.	Kendimi normal hissediyorum.	13	1	0,92
50.	İnsanların memelerimin normal olmadığını söyleyeceklerini hissediyorum.	13	1	0,92



### ***Meme Kanserinde Beden İmajı Ölçeği' nin Yapı Geçerliği***

Ölçek geçerliği için öncelikle Temel Bileşenler Analizi (Faktör Analizi) yapılarak, her bir maddenin anti imaj korelasyon değerleri ve en yüksek faktör yükleri belirlenmiştir. Bunun yanında örneklem yeterliliği için Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Varimax rotasyonuna uygunluğu için Barlett Testi yapılmıştır.

**Tablo 7. Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğu**

	<i>KMO</i>	<i>Barlett Testi</i> $X^2$	<i>Sig</i>
<b><i>MKBİÖ</i></b>	,878	11945,524	,000

Faktör analizi öncesinde örneklem büyüklüğünü belirleyen Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) testi ve ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirleyen Bartlett testi uygulandı (Bayram 2004). Field (2000), KMO alt sınır değerinin 0,50 olması gerektiğini ifade etmiştir. Araştırmada KMO değeri 0.878, Barlett testi ( $X^2$ ) değeri 11945,524  $p < 0,5$  bulundu.

Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek üzere DFA yürütülerek özgün ölçekte yer alan altı faktörlü yapıyı destekleyi kanıt sağlandı. Temel bileşenler analiz bulguları maddelerin faktörler içinde dağılımını göstermektedir. Temel Bileşenler Analizi bulguları Tablo 8. 'de verilmiştir.

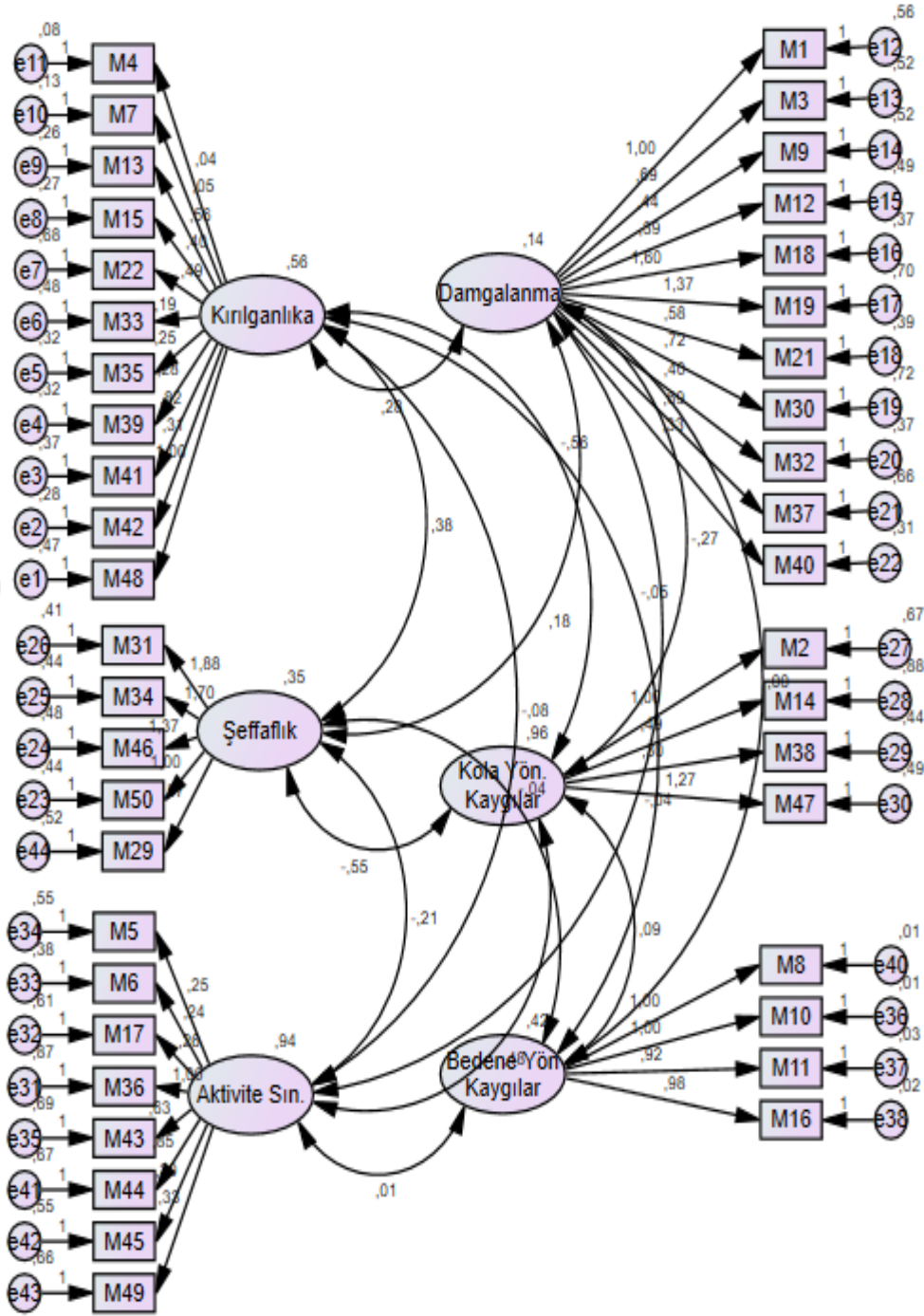
**Tablo 8. Doğrulayıcı Faktör Analizi için Temel Bileşenler Analizi Sonuçları**

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
M4	0.568					
M7	0.547					
M13	0.617					
M15	0.481					
M22	0.474					
M33	0.276					
M35	0.580					
M39	0.375					
M41	0.663					
M42	0.464					
M48	0.735					
M1		0.464				
M3		0.363				
M9		0.263				
M12		0.749				
M18		0.641				
M19		0.534				
M21		0.520				
M30		0.354				
M32		0.492				
M37		0.372				
M40		0.548				
M5			0.469			
M6			0.489			
M17			0.460			
M36			0.669			
M43			0.590			
M44			0.575			
M45			0.413			
M49			0.445			
M8				0.942		
M10				0.951		
M11				0.926		
M16				0.927		
M29					0.746	
M31					0.812	
M34					0.801	
M46					0.716	
M50					0.733	
M2						0.732
M14						0.416
M38						0.480
M47						0.800

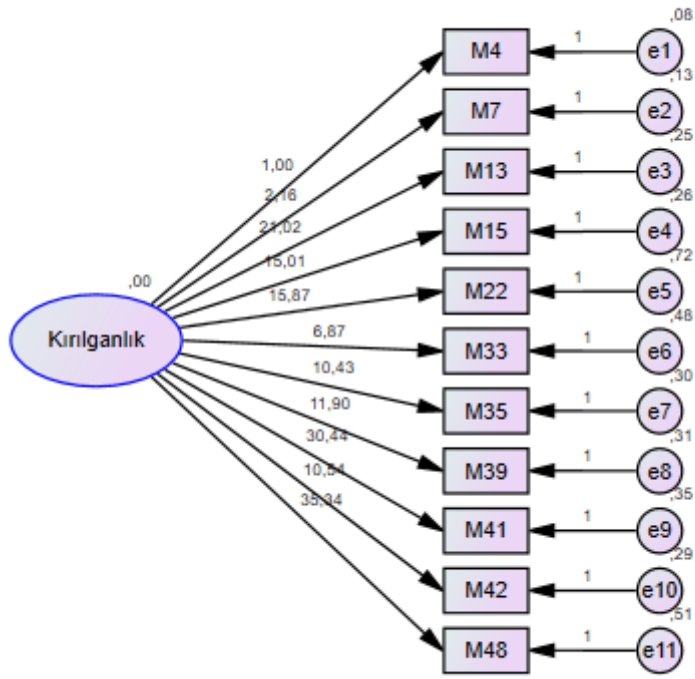
KMO: 0.878 Barlett's X<sup>2</sup>: 11945.524 p:0.000 Varyans: 50.577

Tablo 8’de göre maddelerin faktör yükleri 0.276 ile 0.951 arasında değişmekte ve toplam varyansın %50.58’ini açıklamaktadır (Delchambre, 2014). Faktör yükleri için çeşitli aralıklar önerilmiştir. Örneğin 350 kişilik örneklem için alt limit 0.3 olurken, daha yüksek örneklemde, alt sınır düşmektedir (Yaşlıoğlu, 2017; Hair vd., 2010). Düşük korelasyon miktarlarının da örneklem arttıkça anlamlı çıkma olasılığı unutulmamalıdır ( Büyüköztürk, 2002).Araştırmada iki madde (M33: 0.276 ve M9: 0.263) 0.3 düzeyinin altındadır. Tonta (2007), faktör yüklerinin örneklem büyüklüğü 50 için 0,722 anlamlı, 100 için 0,512 anlamlı, 200 için 0,364 anlamlı, 300 için 0,298 anlamlı, 600 için 0,210 anlamlı, 1000 için 0,162 anlamlı olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamız, 500 kişilik örneklemde olduğu için her iki değer kabul edilebilir düzeyde değerlendirilmiştir. Bu nedenle orijinal ölçeğin maddelerinin tamamı, Türk örnekleme için de geçerli faktör yüküne sahiptir.

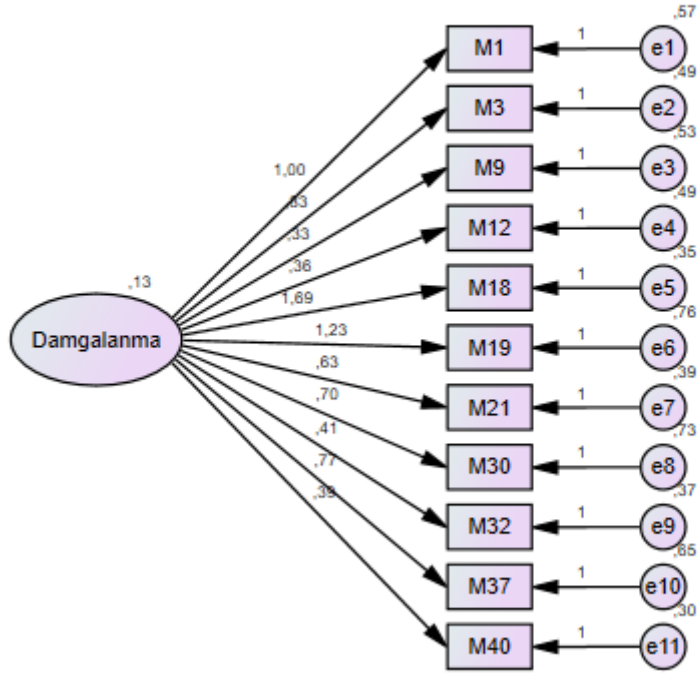
Yapısal geçerlik doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil.4, Şekil.5, Şeki.6, Şekil.7, Şekil.8de gösterilmiştir.



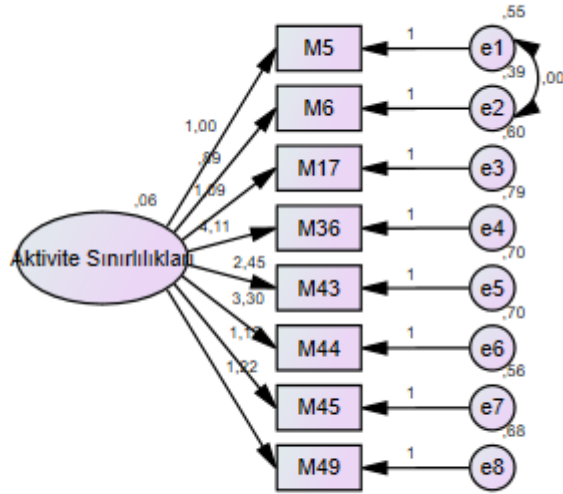
Şekil.4 MKBIÖ Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli



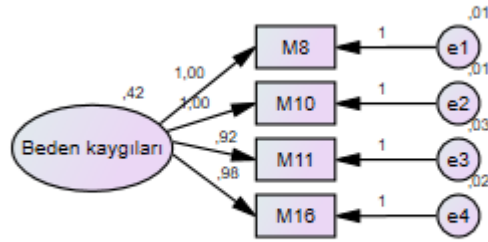
Şekil.5 Kırılgnlık Alt Boyutu Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli



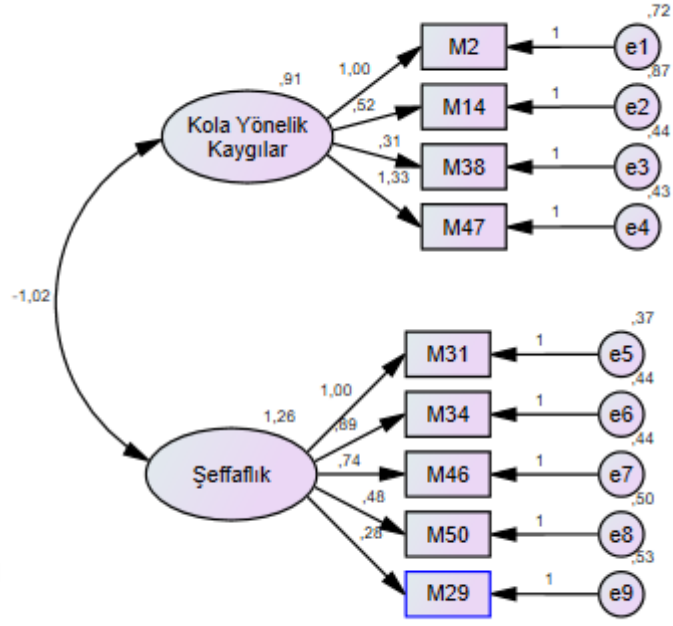
Şekil.6 Damgalanma Alt Boyutu Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli



Şekil.7 Aktivite Sınırlılıkları Alt Boyutu Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli



Şekil.8 Beden Kaygıları Alt Boyutu Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli



Şekil.9 Şeffaflık ve Kola Yönelik Kaygıları Alt Boyutları Yapısal Eşitliğe Dayalı DFA Modeli

Her bir madde için hesaplanan test, SE ve CR değerleri Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9. Her Bir Madde İçin Hesaplanan Test, SE ve CR Değerleri**

		Test değerleri	S.E.	C.R.	P
M48	<--- Kırılganlık	1,000			
M42	<--- Kırılganlık	,307	,036	8,487	***
M41	<--- Kırılganlık	,821	,053	15,446	***
M39	<--- Kırılganlık	,278	,038	7,322	***
M35	<--- Kırılganlık	,248	,037	6,668	***
M33	<--- Kırılganlık	,187	,045	4,210	***
M22	<--- Kırılganlık	,492	,057	8,678	***
M15	<--- Kırılganlık	,406	,037	10,865	***
M13	<--- Kırılganlık	,563	,041	13,712	***
M7	<--- Kırılganlık	,049	,023	2,157	,031
M4	<--- Kırılganlık	,042	,018	2,299	,022
M1	<--- Damgalanma	1,000			
M3	<--- Damgalanma	,691	,114	6,088	***
M9	<--- Damgalanma	,443	,101	4,374	***
M12	<--- Damgalanma	,393	,097	4,058	***
M18	<--- Damgalanma	1,601	,173	9,227	***
M19	<--- Damgalanma	1,370	,170	8,058	***
M21	<--- Damgalanma	,586	,098	5,982	***
M30	<--- Damgalanma	,718	,129	5,580	***
M32	<--- Damgalanma	,398	,087	4,580	***
M37	<--- Damgalanma	,688	,123	5,585	***
M40	<--- Damgalanma	,333	,077	4,300	***
M50	<--- Şeffaflık	1,000			
M46	<--- Şeffaflık	1,399	,094	14,884	***
M34	<--- Şeffaflık	1,727	,108	15,929	***
M31	<--- Şeffaflık	1,915	,116	16,459	***
M29	<--- Şeffaflık	1,727	,128	15,967	***
M2	<--- Kol_yönelik_kaygıları	1,000			
M14	<--- Kol_yönelik_kaygıları	,491	,049	9,998	***
M38	<--- Kol_yönelik_kaygıları	,302	,034	8,868	***
M47	<--- Kol_yönelik_kaygıları	1,270	,062	20,520	***
M36	<--- Aktivite Sınırlılıkları	1,000			
M17	<--- Aktivite Sınırlılıkları	,261	,043	6,002	***
M6	<--- Aktivite Sınırlılıkları	,236	,035	6,728	***
M5	<--- Aktivite Sınırlılıkları	,248	,041	6,017	***
M43	<--- Aktivite Sınırlılıkları	,626	,057	10,979	***
M10	<--- Beden_kaygıları	1,000			
M11	<--- Beden_kaygıları	,924	,013	71,421	***
M16	<--- Beden_kaygıları	,984	,012	79,552	***
M8	<--- Beden_kaygıları	1,001	,008	121,421	***
M44	<--- Aktivite_Sınırlılıkları	,851	,067	12,611	***
M45	<--- Aktivite_Sınırlılıkları	,300	,042	7,066	***
M49	<--- Aktivite_Sınırlılıkları	,333	,047	7,141	***

RMSEA: 0.081; CMIN/DF: 4.249; GFI: 0.732; IFI: 0.761; CFI: 0.760.



Analiz sonuçlarına göre RMSEA değeri 0.081 olup, modelin orta düzeyde geçerli olduğunu göstermektedir. Yine CMIN/DM, IFI değeri 0.761 ve CFI değeri 0.760 değerleri modelin orta düzeyde geçerli olduğunu, ölçeğin Türkçe versiyonunun 0.08 ile 0.10 arasındaki değerlerin orta düzeyde uyum olduğu kabul edilmiştir (Hooper et al., 2008).

### **Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği' nin Güvenirlik Bulguları**

#### ***Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği İç Tutarlılık Bulguları***

Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach Alpha yöntemi kullanılmıştır. Her bir boyuta ilişkin ölçülen iç tutarlılık katsayıları Tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10. Ölçek Boyutlarına İlişkin İç Tutarlılık Katsayısı Bulguları**

<b><i>Boyut</i></b>	<b><i>Madde Sayısı</i></b>	<b><i>Cronbach Alpha</i></b>
<b><i>Kırılganlık</i></b>	11	0.706
<b><i>Damgalanma</i></b>	11	0.618
<b><i>Aktivitede Sınırlılıklar</i></b>	8	0.700
<b><i>Beden Kaygıları</i></b>	4	0.839
<b><i>Şeffaflık</i></b>	5	0.841
<b><i>Kola Yönelik Kaygılar</i></b>	4	0.719
<b><i>MKBİÖ</i></b>	43	0,672

Tablo 10'da da görüldüğü gibi, ölçeğin her bir alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.60 düzeyinin üzerindedir. *Kırılganlık* alt boyutu Cronbach alpha değeri 0,706, *damgalanma* alt boyutu Cronbach alpha değeri 0,618, *aktivitede sınırlılıklar* alt boyutu cronbach alpha değeri 0,700, *beden kaygıları* alt boyutu Cronbach alpha değeri 0,839, *şeffaflık* alt boyutu cronbach alpha değeri 0,841, *kola yönelik kaygılar* alt boyutu Cronbach alpha değeri 0,719 ve MKBİÖ Cronbach alpha değeri 0.672' dir. Bu nedenle madde silme iç tutarlılığına bakılmamış, tüm maddelerin iç tutarlılık değerlerinin Türkçe formda da geçerli olduğu görülmüştür.

***Meme Kanseri Beden İmaji Ölçeği Zamana Göre Değişmezliğin (Test- Tekrar Test) Bulguları***

Zamana karşı değişmezlik için, test-tekrar test puan korelasyonuna bakıldı. Tablo 11.'de Ölçek boyutlarına ilişkin alt boyut test-tekrar test puan ortalamaları verilmiştir.

**Tablo 11. Zamana Karşı Değişmezlik (Test-Tekrar Test) Puanların Korelasyonu**

<b>Ölçek ve Alt Boyutları</b>	<b>MKBİÖ Puan Ortalaması (N=30)</b>		<b>Analiz Sonuçları</b>	
	<b>İlk Uygulama Ort ± SS</b>	<b>İkinci Uygulama Ort ± SS</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b><i>Kırılganlık</i></b>	33,3±3,7	33,8±3,6	,884	,000
<b><i>Damgalanma</i></b>	38,13±2,68	39,16±2,62	,915	,000
<b><i>Aktivite Sınırlılıkları</i></b>	23,3±2,5	24,16±2,5	,903	,000
<b><i>Beden Kaygıları</i></b>	15,6±2,7	15,7±2,4	,931	,000
<b><i>Şeffaflık</i></b>	12,8±2,17	13,9±1,57	,712	,000
<b><i>KolYönelik Kaygılar</i></b>	16,26±1,5	16,3±1,6	,955	,000
<b><i>MKBİÖ</i></b>	142,7±8,3	147,4±8,2	,912	,000

Araştırmada 30 katılımcıya üç hafta ara ile verilen ölçeğin iki ölçüm sonuçları Tablo 11.'de verilmiştir. MKBİÖ ilk test ve son test arasındaki korelasyon katsayısı 0,912'dir (  $p < 0,001$ ). Ölçek alt boyutlarından *kırılganlık* alt boyutu :  $r = 0,884$  , ( $p < 0,001$ ); *damgalanma* alt boyutu:  $r = 0,915$  ( $p < 0,001$ ); *aktivitede sınırlılıkları* alt boyutu:  $r = 0,903$  ( $p < 0,001$ ); *beden kaygıları* alt boyutu:  $r = 0,931$  (  $p < 0,001$ ); *şeffaflık* alt boyutu:  $r = 0,712$  (  $p < 0,001$ ); *kola yönelik kaygılar*:  $r = 0,955$  ( $p < 0,001$ ) şeklindedir. Ölçeğin ilk uygulama ve ikinci uygulama puan ortalamaları arasında yüksek derecede anlamlı ilişki olduğu belirlendi ( $p < 0,001$ ).

## İKİNCİ BÖLÜM

Meme kanseri tanısı konulan hastaların MKBİÖ ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 12’de verilmiştir.

**Tablo 12. MKBİÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları**

	$\bar{X} \pm SS$	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
<i>Kırılganlık</i>	40,90 ± 3,80	25,0	48,0
<i>Damgalanma</i>	43,96 ± 3,92	22,0	51,0
<i>Aktivitede Sınırlılıklar</i>	26,32 ± 4,36	17,0	37,0
<i>Beden Kaygıları</i>	15,33 ± 2,54	6,0	20,0
<i>Şeffaflık</i>	13,17 ± 3,73	5,0	19,0
<i>Kola Yönelik Kaygılar</i>	13,77 ± 3,40	6,0	20,0
<b>MKBİÖ</b>	153,50 ± 9,45	112,0	178,0

Fark analiz sonucuna göre Tablo 12’de *MKBİÖ*’nün puan ortalaması 153,50±9,45’dir. Ölçeğin minimum değeri 112 maximum değeri 178’dir. Alt büyütlardan *kırılganlık* puan ortalaması 40,90 ± 3,80, minimum değeri 25 ve maximum değeri 48’dir. *Damgalanma* puan ortalaması 43,96 ± 3,9’dir. *Damgalanma* minimum değeri 22, maximum değeri 51’dir. *Aktivite sınırlılıkları* 26,32 ± 4,36 puan ortalamasına sahip ve minimum değeri 17, maximum değeri 37 puandır. *Beden kaygıları* puanı 15,33 ± 2,54’tür, minimum değeri 6 ve maximum puanı 20 olarak bulundu. *Şeffaflık* 13,17 ± 3,73 puan ortalaması bulundu, minimum 5 ve maximum değeri 19 puandır. *Kola yönelik kaygılar* puan ortalaması 13,77 ± 3,40 bulundu. Minimum 6 maximum ise 20 puan olarak hesaplandı.

Fark analizlerinden önce, her bir ölçek boyutunun dağılımının normal dağılıma uyup uymadığı test edilmiştir. Ölçek boyutlarının normalliği için yapılan Kolmogorov Smirnov testi sonuçları Tablo 12’ de verilmiştir.

**Tablo 13. Ölçek Boyutları Veri Dağılımını Değerlendirmek İçin Yapılan Kolmogorov Smirnov Testi Sonuçları**

	$\bar{X} \pm SS$	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Kırılganlık</i>	40,90 ± 3,80	3,879	,000
<i>Damgalanma</i>	43,96 ± 3,92	2,855	,000
<i>Aktivitede Sınırlılıklar</i>	26,32 ± 4,36	2,295	,000
<i>Beden Kaygıları</i>	15,33 ± 2,54	7,145	,000
<i>Şeffaflık</i>	13,17 ± 3,73	5,272	,000
<i>Kola Yönelik Kaygılar</i>	13,77 ± 3,40	3,453	,000

Tablo.13’de verilerin normal dağılım durumunu belirlemek üzere yapılan test bulguları görülmektedir. Tüm ölçek boyutları standart normal dağılıma uymamaktadır ( $p < 0.05$ ). Bu nedenle ikili gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde Mann Whitney U, ikiden fazla grubun fark analizinde ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

### ***Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği Puan Ortalamaları***

Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği Puanlarının arasındaki fark analizi sonuçları Tablo 14 ve Tablo 15 ’de verilmiştir.

**Tablo 14. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre MKBİÖ Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Tanıtıcı Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Yaş</i></b>				
18-30	96	158,53 ± 11,0	$X^2 = 9,21$	<b>0.027</b>
31-50	120	155,30 ± 9,70		
51-70	221	157,68 ± 9,45		
71 ve üzeri	63	157,31 ± 9,64		
<b><i>Medeni durum</i></b>				
Evli	345	156,83 ± 9,70	U = 24058.0	0.073
Bekâr	155	158,38 ± 9,30		
<b><i>Eğitim düzeyi</i></b>				
Okur-Yazar	24	162,04 ± 8,15	$X^2 = 14,638$	<b>0.002</b>
İlkokul-Ortaokul	178	158,37 ± 9,49		
Lise	208	156,98 ± 9,31		
Üniversite	90	154,95 ± 10,45		
<b><i>Gelir düzeyi</i></b>				
Düşük	48	159,04 ± 10,10	$X^2 = 2,800$	0.247
Orta	398	156,96 ± 9,53		
Yüksek	54	158,33 ± 10,45		
<b><i>Çocuk</i></b>				
Var	401	156,82 ± 9,9	U = 17181.000	<b>0.038</b>
Yok	99	159,30 ± 8,26		
<b><i>Meslek</i></b>				
Ev Hanımı	159	158,45 ± 9,92	$X^2 = 5,554$	0.062
Çalışıyor	122	155,81 ± 10,66		
Emekli	219	157,32 ± 8,72		

Meme Kanseri Olan Kadınların yaş eğitim düzeyi ve çocuğa sahip olma yönünden MKBİÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. MKBİÖ puanı; yaşları 18 -30 arasında olan hastalarda, okur-yazar düzeyinde eğitime sahip olan hastalarda, çocuk olmayan hastalarda daha yüksek seviyededir ( $p<0.05$ ). Fark analizi sonuçlarına göre medeni durum, gelir seviyesi ve meslek gruplarına göre fark anlamsız ( $p>0.05$ ) bulundu.

**Tablo 15. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre MKBİÖ Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Hastalığa Ait Bilgiler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Diğer hastalık</i></b>				
Var	320	157,83 ± 9,66	U = 20322,00	0.110
Yok	180	156,40 ± 9,56		
<b><i>Cerrahiden geçen süre</i></b>				
3 ay -1 yıl	103	157,33 ± 8,92	X <sup>2</sup> = 0.068	0.967
2-3 yıl	208	157,20 ± 10,06		
4- 5 yıl	117	157,20 ± 9,30		
<b><i>Aile öyküsü</i></b>				
Var	223	157,46 ± 9,69	U = 30451,500	0.787
Yok	277	157,19 ± 9,61		
<b><i>Tedavi türü</i></b>				
Cerrahi- Radyoterapi	77	157,41 ± 10,75	X <sup>2</sup> = 6,896	0.075
Cerrahi- Kemoterapi	204	156,07 ± 10,92		
Cerrahi-Kemo.-Radyo.	140	157,60 ± 8,75		
Cer-Kemo-Rad-Hormon	99	159,91 ± 4,91		
<b><i>Evre</i></b>				
0-1	127	159,44 ± 12,23	X <sup>2</sup> = 24,043	<b>0.000</b>
2-3	338	156,14 ± 8,63		
4	35	160,91 ± 5,34		
<b><i>Cerrahi işlem</i></b>				
Total Mastektomi	59	161, 74 ± 6,54	X <sup>2</sup> = 225,942	<b>0.000</b>
Modifiye Mastektomi	150	148,00 ± 7,55		
Radikal Mastektomi	191	160,27 ± 5,25		
Lumpektomi	100	163,03 ± 10,57		
<b><i>Meme rekonstruksiyonu</i></b>				
Evet	150	148,00 ± 7,55	U = 4542,500	<b>0.000</b>
Hayır	350	161,30 ± 7,43		

Meme kanseri olan kadınların hastalık evresi, cerrahi işlemin türü ve meme rekonstrüksiyon yönünden MKBİÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği puanı 4. evrede olan kadınlarda,

lumpektomi ameliyatı geçiren ve meme rekonstrüksiyonu olmayanlarda anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir ( $p<0.05$ ). Ek hastalık, cerrahiden geçen süre ve aile öyküsü tedavi türüne göre gruplar arası fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

### ***Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Kırılganlık Alt Boyut Puan Ortalamaları***

Kadınların tanıtıcı ve hastalığa ait özelliklerine göre kırılganlık alt boyut puanlarının arasındaki fark analizi sonuçları Tablo 16 ve Tablo 17’de verilmiştir.

**Tablo 16. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kırılganlık Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Tanıtıcı Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Yaş</i></b>				
18-30	96	40,38 ± 4,07	$X^2 = 19.318$	<b>0.000</b>
31-50	120	39,83 ± 3,89		
51-70	221	41,57 ± 3,68		
71 ve üzeri	63	41,41 ± 3,01		
<b><i>Medeni durum</i></b>				
Evli	345	40,72 ± 3,87	$U = 24263.000$	0.096
Bekâr	155	41,32 ± 3,62		
<b><i>Eğitim düzeyi</i></b>				
Okur-Yazar	24	42,33 ± 2,85	$X^2 = 8.352$	<b>0.039</b>
İlkokul-Ortaokul	178	41,01 ± 3,83		
Lise	208	41,07 ± 3,68		
Üniversite	90	39,92 ± 4,05		
<b><i>Gelir düzeyi</i></b>				
Düşük	48	41,21 ± 3,44	$X^2 = 0.738$	0.691
Orta	398	40,80 ± 3,87		
Yüksek	54	41,37 ± 3,53		
<b><i>Çocuk</i></b>				
Var	401	40,57 ± 3,94	$U = 15278.000$	<b>0.000</b>
Yok	99	42,25 ± 2,79		
<b><i>Meslek</i></b>				
Ev Hanımı	159	40,78 ± 3,83	$X^2=13.185$	<b>0.001</b>
Çalışıyor	122	40,04 ± 3,86		
Emekli	219	41,47 ± 3,66		

Kırılgnlık puanı yaşları 51-70 arasında olan hastalarda, okur-yazar düzeyinde eğitime sahip olan hastalarda, çocuk sahibi olmayan hastalarda, mesleği emekli olarak ifade edenlerde daha yüksek seviyededir. Fark analizi sonuçlarına göre medeni durum, gelir seviyesi gruplarına göre fark anlamsız ( $p>0.05$ ), diğer değişken gruplarına göre ise anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 17. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Kırılgnlık Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Hastalığa Ait Bilgiler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Diğer hastalık</i></b>				
Var	320	41,11±3,66	26732.500	0.180
Yok	180	40,53±4,01		
<b><i>Cerrahiden geçen süre</i></b>				
3 ay -1 yıl	103	41,07±3,59		
2-3 yıl	208	40,90±3,75	0.152	0.927
4- 5 yıl	117	40,77±4,10		
<b><i>Aile öyküsü</i></b>				
Var	223	40,86±3,86	30287.500	0.708
Yok	277	40,94±3,50		
<b><i>Tedavi türü</i></b>				
Cerrahi- Radyoterapi	77	39,47±4,39		
Cerrahi- Kemoterapi	204	40,16±3,78	70.737	<b>0.000</b>
Cerrahi-Kemoterapi-Radyoterapi	140	41,21±2,56		
Cer-Kemo-Rad-Hormon	99	43,67±1,49		
<b><i>Evre</i></b>				
0-1	127	40,47±3,50		
2-3	338	40,84±3,99	15.818	<b>0.000</b>
4	35	43,09±1,62		
<b><i>Cerrahi işlem</i></b>				
Total Mastektomi	59	43,22±1,87		
Modifiye Mastektomi	150	36,32±2,71	307.614	<b>0.000</b>
Radikal Mastektomi	191	43,37±1,63		
Lumpektomi	100	41,59±2,60		
<b><i>Meme rekonstruksiyonu</i></b>				
Evet	150	36,32±2,71	1624.500	<b>0.000</b>
Hayır	350	42,87±2,14		

Meme kanseri olan kadınların tedavi türü, hastalığın evresi, cerrahi işlem ve rekonstrüksiyon yönünden kırılgnlık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Kırılgnlık puanı, cerrahi-kemoterapi-radyoterapi-hormon tedavisi alanlarda ve meme rekonstruksiyonu olmayanlarda daha yüksek düzeydedir. Ek hastalık,

cerrahiden geçen süre ve aile öyküsü durumlarına göre kırılgenlik puanları arasındaki fark ise anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

***Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Damgalanma Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması***

Kadınların tanıtıcı ve hastalığa ait özelliklerine göre damgalanma alt puanları arasındaki fark analizi sonuçları Tablo 18 ve Tablo 19’da verilmiştir.

**Tablo 18. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Damgalanma Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Tanıtıcı Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Yaş</i></b>				
18-30	96	42,72±3,89	15.427	<b>0.001</b>
31-50	120	44,14±3,59		
51-70	221	44,35±4,17		
71 ve üzeri	63	44,16±3,29		
<b><i>Medeni durum</i></b>				
Evli	345	43,76±4,13	24769.000	0.186
Bekâr	155	44,42±3,38		
<b><i>Eğitim düzeyi</i></b>				
Okur-Yazar	24	44,17±3,52	1.276	0.735
İlkokul-Ortaokul	178	43,80±4,04		
Lise	208	44,19±3,75		
Üniversite	90	43,71±4,18		
<b><i>Gelir düzeyi</i></b>				
Düşük	48	44,00±3,54	0.727	0.695
Orta	398	43,89±4,04		
Yüksek	54	44,48±3,34		
<b><i>Çocuk</i></b>				
Var	401	43,64±4,00	14778.500	<b>0.000</b>
Yok	99	45,29±3,25		
<b><i>Meslek</i></b>				
Ev Hanımı	159	43,25±4,21	9.581	<b>0.008</b>
Çalışıyor	122	43,68±4,39		
Emekli	219	44,64±3,28		

Meme kanseri olan kadınların yaş, çocuk ve meslek gruplarına göre *damgalanma* puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Damgalanma alt boyut puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda diğerlerinden daha düşük, çocuk sahibi olmayan



hastalarda, mesleği emekli olarak ifade edenlerde daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyine göre fark anlamsız ( $p>0.05$ ), diğer değişken gruplarına göre ise anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 19. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Damgalanma Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Hastalığa Ait Bilgiler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Diğer hastalık</i></b>				
Var	320	43,92±3,78	27840.500	0.535
Yok	180	44,04±4,16		
<b><i>Cerrahidengeçen süre</i></b>				
3 ay -1 yıl	103	43,77±3,54		
2-3 yıl	208	43,87±4,09	2.365	0.306
4- 5 yıl	117	44,36±3,83		
<b><i>Aile öyküsü</i></b>				
Var	223	43,78±3,88	29263.000	0.310
Yok	277	44,11±3,95		
<b><i>Tedavi türü</i></b>				
Cerrahi- Radyoterapi	77	42,56±3,50		
Cerrahi- Kemoterapi	204	43,17±4,35	58.642	<b>0.000</b>
Cerrahi-Kemoterapi-Radyoterapi	140	44,46±3,58		
Cer-Kemo-Rad-Hormon	99	46,52±1,90		
<b><i>Evre</i></b>				
0-1	127	42,74±4,24		
2-3	338	44,22±3,81	20.489	<b>0.000</b>
4	35	45,89±2,19		
<b><i>Cerrahi işlem</i></b>				
Total Mastektomi	59	46,81±2,16		
Modifiye Mastektomi	150	40,36±2,96	242.453	<b>0.000</b>
Radikal Mastektomi	191	46,21±2,07		
Lumpektomi	100	43,40±4,32		
<b><i>Meme rekonstrüksiyonu</i></b>				
Evet	150	40,36±2,96	5339.500	<b>0.000</b>
Hayır	350	45,51±3,20		

Meme kanseri olan kadınların tedavi türü, evre, cerrahi işlem şekli ve rekonstrüksiyon yönünden *damgalanma* alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). *Damgalanma* alt boyut puan ortalaması tedavi türü Cerrahi-kemoterapi-radyoterapi-hormon tedavisi olanlarda, 4. evrede olanlarda ve meme rekonstrüksiyonu olmayanlarda diğer gruplardan daha yüksek düzeyde, modifiye radikal mastektomi grubundakilerin *damgalanma* puanı ise diğerlerinden daha düşük bulundu. Diğer hastalık,

cerrahiden geçen süre ve aile öyküsü gruplarına göre farkın anlamsız olduğu saptandı ( $p>0.05$ ),

### ***Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Aktivitede Sınırlılıklar Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması***

Kadınların tanıtıcı ve hastalığa ait özelliklere göre aktivitede sınırlılıklar alt boyutu arasındaki fark analizi sonuçları Tablo 20 ve Tablo 21’de verilmiştir.

**Tablo 20. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aktivite Sınırlılıkları Puan Ortalamaları(N=500)**

<i>Tanıtıcı Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Yaş</i></b>				
18-30	96	28,05±4,71	20.242	<b>0.000</b>
31-50	120	25,66±3,95		
51-70	221	25,89±4,31		
71 ve üzeri	63	26,43±4,11		
<b><i>Medeni durum</i></b>				
Evli	345	26,38±4,25	25802.500	0.531
Bekâr	155	26,18±4,59		
<b><i>Eğitim düzeyi</i></b>				
Okur-Yazar	24	29,79±3,69	36.948	<b>0.000</b>
İlkokul-Ortaokul	178	27,38±4,38		
Lise	208	25,50±4,13		
Üniversite	90	25,17±4,09		
<b><i>Gelir düzeyi</i></b>				
Düşük	48	27,79±4,27	7.267	<b>0.026</b>
Orta	398	26,22±4,33		
Yüksek	54	25,70±4,43		
<b><i>Çocuk</i></b>				
Var	401	26,58±4,46	16504.000	<b>0.009</b>
Yok	99	25,26±3,75		
<b><i>Meslek</i></b>				
Ev Hanımı	159	28,53±4,16	63.636	<b>0.000</b>
Çalışıyor	122	26,00±4,13		
Emekli	219	24,89±3,97		

Meme kanseri olan kadınların yaş, eğitim, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma ve meslek yönünden aktivite sınırlılıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Aktivite Sınırlılıkları puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda, okur-yazar düzeyinde eğitime sahip olan hastalarda, gelir seviyesi düşük olan hastalarda, çocuk

sahibi olan hastalarda, mesleği ev hanımı olanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre medeni durum gruplarına göre fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

**Tablo 21. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Aktivite Sınırlılıkları Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Hastalığa Ait Bilgiler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Diğer hastalık</i></b>				
Var	320	26,66±4,53	25479.000	<b>0.032</b>
Yok	180	25,71±3,97		
<b><i>Cerrahiden geçen süre</i></b>				
3 ay -1 yıl	103	26,95±4,65		
2-3 yıl	208	26,14±4,26	2.151	0.341
4- 5 yıl	117	26,17±4,32		
<b><i>Aile öyküsü</i></b>				
Var	223	26,51±4,30	29613.000	0.427
Yok	277	26,16±4,40		
<b><i>Tedavi türü</i></b>				
Cerrahi- Radyoterapi	77	28,61±4,13		
Cerrahi- Kemoterapi	204	26,88±4,36	68.192	<b>0.000</b>
Cerrahi-Kemoterapi-Radyoterapi	140	25,96±4,05		
Cer-Kemo-Rad-Hormon	99	23,24±3,20		
<b><i>Evre</i></b>				
0-1	127	30,14±3,71		
2-3	338	24,96±3,76	130.364	<b>0.000</b>
4	35	25,51±3,70		
<b><i>Cerrahi işlem</i></b>				
Total Mastektomi	59	24,81±3,78		
Modifiye Mastektomi	150	26,01±4,30	173.852	<b>0.000</b>
Radikal Mastektomi	191	24,40±3,25		
Lumpektomi	100	31,32±2,32		
<b><i>Meme rekonstruksiyonu</i></b>				
Evet	150	26,01±4,30	25213.500	0.483
Hayır	350	26,45±4,38		

Meme kanseri olan kadınların diğer hastalık, tedavi türü, evre, cerrahi işlem türü yönünden *aktivite Sınırlılıkları* puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). *Aktivite Sınırlılıkları* alt boyut puan hastalarda diğer hastalığı olanlarda, tedavi türü cerrahi-radyoterapi olanlarda, evre 0-1 olanlarda, lumpektomi tedavisi olanlarda daha yüksek düzeydedir. Cerrahiden geçen süre, aile öyküsü ve rekonstrüksiyon durumlarına göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı.

***Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Beden Kaygıları Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması***

Kadınların tanıtıcı ve hastalığa ait özelliklerine göre bedene yönelik kaygılar alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 22 ve Tablo 23’de verilmiştir.

**Tablo 22. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Beden Kaygıları Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Tanıtıcı Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Yaş</i></b>				
18-30	96	15,74±2,61	4.495	0.213
31-50	120	15,44±2,22		
51-70	221	15,17±2,67		
71 ve üzeri	63	15,08±2,48		
<b><i>Medeni durum</i></b>				
Evli	345	15,32±2,64	26496.500	0.855
Bekâr	155	15,37±2,29		
<b><i>Eğitim düzeyi</i></b>				
Okur-Yazar	24	14,33±2,01	7.258	0.064
İlkokul-Ortaokul	178	15,28±2,48		
Lise	208	15,32±3,53		
Üniversite	90	15,74±2,75		
<b><i>Gelir seviyesi</i></b>				
Düşük	48	15,42±2,47	0.432	0.806
Orta	398	15,29±2,57		
Yüksek	54	15,56±2,42		
<b><i>Çocuk</i></b>				
Var	401	15,33±2,62	19766.000	0.941
Yok	99	15,35±2,19		
<b><i>Meslek</i></b>				
Ev Hanımı	159	15,25±2,45	0.609	0.738
Çalışıyor	122	15,49±2,73		
Emekli	219	15,31±2,49		

Meme kanseri olan kadınların beden kaygıları alt boyut puan ortalamaları yaş, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma, meslek gruplarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı(p>0.05).

**Tablo 23. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Beden Kaygıları Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Hastalığa Ait Bilgiler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Std. Sapma</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Diğer hastalık</i></b>					
Var	320	15,26±2,54	2,54	27298.500	0.272
Yok	180	15,47±2,54	2,54		
<b><i>Cerrahiden geçen süre</i></b>					
3 ay -1 yıl	103	15,04±2,47	2,47		
2-3 yıl	208	15,31±2,51	2,51	2.549	0.280
4- 5 yıl	117	15,66±2,63	2,63		
<b><i>Aile öyküsü</i></b>					
Var	223	15,53±2,60	2,60	28991.000	0.181
Yok	277	15,17±2,48	2,48		
<b><i>Tedavi türü</i></b>					
Cerrahi- Radyoterapi	77	15,61±2,57	2,57		
Cerrahi- Kemoterapi	204	15,29±2,78	2,78	1.145	0.766
Cerrahi-Kemoterapi-Radyoterapi	140	15,27±2,24	2,24		
Cer-Kemo-Rad-Hormon	99	15,29±2,38	2,38		
<b><i>Evre</i></b>					
0-1	127	14,82±2,74	2,74		
2-3	338	15,54±2,46	2,46	7.029	<b>0.030</b>
4	35	15,20±2,34	2,34		
<b><i>Cerrahi işlem</i></b>					
Total Mastektomi	59	15,39±2,33	2,33		
Modifiye Mastektomi	150	16,00±2,52	2,52	16.791	<b>0.001</b>
Radikal Mastektomi	191	15,06±2,33	2,33		
Lumpektomi	100	14,83±2,87	2,87		
<b><i>Meme rekonstruksiyonu</i></b>					
Evet	150	16,00±2,52	2,52	21143.500	<b>0.000</b>
Hayır	350	15,05±,50	2,50		

Meme kanseri olan kadınların evre, cerrahi işlem türü ve rekonstrüksiyon yönünden *beden kaygıları* puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). *Beden kaygıları* alt boyut puan ortalamaları hastalığın evresi 0-1 olanlarda daha düşük, modifiye mastektomi tedavisi alanlarda ve meme rekonstruksiyonu olanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre diğer hastalık, cerrahiden geçen süre, aile öyküsü ve tedavi türü gruplarına göre fark anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

***Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Şeffaflık Alt Boyut Puanların Karşılaştırılması***

Kadınların tanıtıcı ve hastalığa ait özelliklerine göre şeffaflık boyutu puanları arasındaki fark analizi sonuçları Tablo 24 ve Tablo 25'te verilmiştir.

**Tablo 24. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Şeffaflık Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Tanıtıcı Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Yaş</i></b>				
18-30	96	11,80±3,48	15.962	<b>0.001</b>
31-50	120	12,97±4,01		
51-70	221	13,76±3,50		
71 ve üzeri	63	13,60±3,84		
<b><i>Medeni durum</i></b>				
Evli	345	12,94±3,74	23655.500	<b>0.037</b>
Bekâr	155	13,68±3,67		
<b><i>Eğitim düzeyi</i></b>				
Okur-Yazar	24	12,79±3,54	4.763	0.190
İlkokul-Ortaokul	178	13,21±3,62		
Lise	208	13,44±3,80		
Üniversite	90	12,57±3,81		
<b><i>Gelir seviyesi</i></b>				
Düşük	48	13,23±3,88	0.479	0.787
Orta	398	13,14±3,68		
Yüksek	54	13,35±4,00		
<b><i>Çocuk</i></b>				
Var	401	12,77±3,75	14031.500	<b>0.000</b>
Yok	99	14,81±3,24		
<b><i>Meslek</i></b>				
Ev Hanımı	159	12,03±3,66	34.582	<b>0.000</b>
Çalışıyor	122	12,74±3,80		
Emekli	219	14,25±3,46		

Meme kanseri olan kadınların yaş, medeni durum, çocuk sahibi yönünden, meslek yönünden *Beden kaygıları* puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Şeffaflık alt boyut ortalaması puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda en düşük, bekar olan, çocuk sahibi olmayan ve emekli olanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre eğitim, gelir düzeyi gruplarına göre fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

**Tablo 25. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Şeffaflık Puan Ortalamaları (N=500)**

<i>Hastalığa Ait Bilgiler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Diğer hastalık</i></b>				
Var	320	13,04±3,64	U=26747.500	0.181
Yok	180	13,41±3,89		
<b><i>Cerrahiden geçen süre</i></b>				
3 ay -1 yıl	103	13,24±3,62	X <sup>2</sup> =0.049	0.976
2-3 yıl	208	13,18±3,77		
4- 5 yıl	117	13,09±3,78		
<b><i>Aile öyküsü</i></b>				
Var	223	13,10±3,66	U=29952.500	0.557
Yok	277	13,23±3,79		
<b><i>Tedavi türü</i></b>				
Cerrahi- Radyoterapi	77	11,16±3,20	X <sup>2</sup> =76.261	<b>0.000</b>
Cerrahi- Kemoterapi	204	12,39±3,80		
Cerrahi-Kemoterapi-Radyoterapi	140	13,67±3,73		
Cer-Kemo-Rad-Hormon	99	16,28±0,88		
<b><i>Evre</i></b>				
0-1	127	11,13±2,82	X <sup>2</sup> =69.671	<b>0.000</b>
2-3	338	13,59±3,83		
4	35	16,54±0,66		
<b><i>Cerrahi işlem</i></b>				
Total Mastektomi	59	16,12±0,77	X <sup>2</sup> =355.519	<b>0.000</b>
Modifiye Mastektomi	150	8,88±1,68		
Radikal Mastektomi	191	16,34±0,90		
Lumpektomi	100	11,65±2,85		
<b><i>Meme rekonstrüksiyonu</i></b>				
Evet	150	8,88±1,68	U=3088.000	<b>0.000</b>
Hayır	350	15,01±2,72		

Meme kanseri olan kadınların tedavi türü, evre, cerrahi işlem ve rekonstrüksiyon yönünden *şeffaflık* puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Şeffaflık puanı Cerrahi –Kemoterapi –Radyoterapi -Hormon tedavilerinin tümünü alanlarda, 4. evrede olanlarda, radikal mastektomi tedavisi alanlarda ve meme rekonstrüksiyonu olmayanlarda daha yüksek düzeyde bulundu. Fark analizi sonuçlarına göre diğer hastalık, cerrahiden geçen süre ve aile öyküsü gruplarına göre fark anlamsız çıktı ( $p>0.05$ ).

***Kadınların Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Kola Yönelik Kaygıları Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması***

Kadınların tanıtıcı ve hastalığa ait özelliklerine göre kola yönelik kaygıları boyutu puanları arasındaki fark analizi sonuçları Tablo 26 ve Tablo 27’de verilmiştir.

**Tablo 26. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kola Yönelik Kaygılar Puan Ortalamaları(N=500)**

<i>Tanıtıcı Özellikler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Yaş</i></b>				
18-30	96	15,98±2,73		
31-50	120	13,48±3,69	X <sup>2</sup> =50.269	<b>0.000</b>
51-70	221	13,05±3,19		
71 ve üzeri	63	13,44±3,09		
<b><i>Medeni durum</i></b>				
Evli	345	13,87±3,45	U=25257.000	0.319
Bekâr	155	13,53±3,29		
<b><i>Eğitim düzeyi</i></b>				
Okur-Yazar	24	14,92±3,31		
İlkokul-Ortaokul	178	13,76±3,37	X <sup>2</sup> =6.951	0.073
Lise	208	13,44±3,27		
Üniversite	90	14,22±3,70		
<b><i>Gelir seviyesi</i></b>				
Düşük	48	13,65±3,41	X <sup>2</sup> =0.305	0.858
Orta	398	13,76±3,42		
Yüksek	54	13,94±3,29		
<b><i>Çocuk</i></b>				
Var	401	14,12±3,33	U=13990.000	<b>0.000</b>
Yok	99	12,34±3,34		
<b><i>Meslek</i></b>				
Ev Hanımı	159	14,73±3,32		
Çalışıyor	122	14,05±3,48	X <sup>2</sup> =24.944	<b>0.000</b>
Emekli	219	12,91±3,20		

Meme kanseri olan kadınların yaş, çocuk ve mesleki durum yönünden *kola yönelik kaygılar* puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). Kola yönelik kaygılar alt boyut puan ortalamaları yaşları 18-30 arasında olan hastalarda, çocu k sahibi olan hastalarda diğerlerinden daha yüksek, emeklilerde ise diğer gruplarından daha düşük düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre medeni durum, eğitim, gelir düzeyi gruplarına göre farkın anlamsız olduğu saptandı ( $p > 0.05$ ).



**Tablo 27. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Kola Yönelik Kaygılar Puan Ortalamaları(N=500)**

<i>Hastalığa Ait Bilgiler</i>	<i>N</i>	<i>X±SS</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<b><i>Diğer hastalık</i></b>				
Var	320	14,01±3,23	U=25733.500	<b>0.047</b>
Yok	180	13,33±3,65		
<b><i>Cerrahiden geçen süre</i></b>				
0-1	103	13,46±3,41	X <sup>2</sup> =1.780	0.411
2-3	208	13,90±3,35		
4 Ve Üzeri	117	13,71±3,52		
<b><i>Aile öyküsü</i></b>				
Var	223	13,83±3,40	U=30294.000	0.711
Yok	277	13,72±3,41		
<b><i>Tedavi türü</i></b>				
Cerrahi- Radyoterapi	77	10,85±2,03	X <sup>2</sup> =106.905	<b>0.000</b>
Cerrahi- Kemoterapi	204	14,39±3,36		
Cerrahi-Kemoterapi-Radyoterapi	140	13,11±3,46		
Cer-Kemo-Rad-Hormon	99	16,31±1,54		
<b><i>Evre</i></b>				
0-1	127	16,37±1,51	X <sup>2</sup> =107.285	<b>0.000</b>
2-3	338	13,12±3,45		
4	35	10,51±1,62		
<b><i>Cerrahi işlem</i></b>				
Total Mastektomi	59	10,64±1,59	X <sup>2</sup> =375.459	<b>0.000</b>
Modifiye Mastektomi	150	17,08±1,45		
Radikal Mastektomi	191	10,78±1,63		
Lumpektomi	100	16,34±1,47		
<b><i>Meme rekonstruksiyonu</i></b>				
Evet	150	17,08±1,45	U=5463.000	<b>0.000</b>
Hayır	350	12,35±2,98		

Meme kanseri olan kadınların diğer hastalık, tedavi türü, evre, cerrahi işlem ve meme rekonstruksiyonu olma yönünden *kola yönelik kaygılar* puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Kola yönelik kaygılar alt boyut puan ortalamaları diğer ek hastalığı olanlarda, cerrahi-kemoterapi-radyoterapi- hormon tedavisi grubunda olanlarda, modifiye mastektomi tedavisi alanlarda, evre 0-1 olanlarda ve meme rekonstruksiyonu olanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi bulgularına göre cerrahiden geçen süre ve aile öyküsü gruplarına göre fark anlamsız belirlendi ( $p>0.05$ )

## 7. TARTIŞMA

### Birinci Bölüm

Kanser kişide yarattığı fiziksel, ruhsal ve sosyal travmayla hem kişisel hem de evrensel boyutta insanlığın önündeki en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Meme kanseri, dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görülen ve ölüme neden olan kanser türleri arasında üst sıralarda yer almaktadır. Meme kanserli genç kadınların daha düşük benlik saygısına sahip oldukları, beden imajı yönünden daha fazla kaygılandıkları ve zorlanma yaşadıkları bildirilmiştir (Avısa, 2004). Meme kanseri tedavisi sonrası beden imajının bozulması, tedavi sürecinin yıpratıcı olması gibi nedenlerden dolayı kadınlar olumsuz etkilenmektedir. Kadınlığın simgesi olan meme yokluğu psikososyal travmalara yol açmaktadır. Sağlığın sürdürülebilirliği sürecinde aktif rol alan hemşireler meme kanserli kadınların bu süreci atlatmasında aktif rol alırlar. Meme kanserinde hastaya bütüncül olarak yaklaşan hemşirelerin beden imajı yönünde araştırmaları sınırlıdır. Meme kanseri beden imajı hakkında ölçek gereksinimi nedeniyle ve beden imajı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Baxter ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen *MKBİÖ Türkçe*' ye uyarlanmıştır.

MKBİÖ'nün geçerlik aşamasında öncelikle dilsel eş değerlik sağlandı. Araç İngilizceden Türkçeye çevrili yapıldı. Yapılan çeviriler karşılaştırılarak en uygun ifadeler seçildi ve bir Türkçe ölçek elde edildi. Elde edilen ölçek tekrar İngilizceye çevrilerek orjinal araç ile anlamsal olarak farklı olmadığı saptandı. Ölçeğin Kapsam geçerliği için ise Davis tekniği yöntemi kullanılmıştır. Tablodaki verilere göre, 20. ve 23. madde dışında her bir maddenin KGO değeri 0,80 sınır değerinin üzerindedir (Grant and Davis, 1997). Bu nedenle 20. ve 23. madde dışındaki diğer maddelerin kapsam geçerliklerinin de olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için faktör yapısı ve ayırt edici özelliğine bakılmıştır. Faktör analizi öncesinde örneklem büyüklüğünü belirleyen Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) testi ve ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirleyen Bartlett testi uygulandı (Bayram, 2004). Araştırmada KMO değeri 0.878, Bartlett testi ( $X^2$ ) değeri 11945,524 ( $p < 0,05$ ) bulundu. KMO değeri 0.7-0.8 arasında çıkması örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde 0,8-0,9 arasında çıkması örneklem büyüklüğünün çok iyi ve 0,9 üzerinde olması mükemmel düzeyde örneklem büyüklüğü olduğunu ifade eder (Hutcheson ve Sofroniou, 1999). Bartlett testinin  $p < 0,05$  değerinden düşük olmasının faktör analizi için zorunlu olduğu belirtilmektedir (Cormona Monge ve ark. 2012). Ölçeğin yapı geçerliği önceden geliştirilmiş ölçeklerin uyarlamasında kullanılan DFA ile değerlendirilmiştir. DFA ile maddelerin alt

boyutlarda yeterince temsil edilip edilmediği ve ölçeğin yapısını açıklamakta yeterli olup olmadığı sınınanmıştır (Şimşek, 2007). Maddelerin faktör yükleri 0.276 ile 0.951 arasında değişmekte ve toplam varyansın %50.58'ini açıklamaktadır (Delchambre, 2014). Faktör yükleri için çeşitli aralıklar önerilmiştir. Örneğin 350 kişilik örneklem için alt limit 0.3 olurken, daha yüksek örnekleme, alt sınır düşmektedir (Yaşlıoğlu, 2017; Hair et al., 2010). Araştırmada iki madde (M33: 0.276 ve M9: 0.263) 0.3 düzeyinin altındadır. Tonta (2007), faktör yüklerinin örneklem büyüklüğü 50 için 0,722 anlamlı, 100 için 0,512 anlamlı, 200 için 0,364 anlamlı, 300 için 0,298 anlamlı, 600 için 0,210 anlamlı, 1000 için 0,162 anlamlı olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda 500 kişilik örnekleme her iki değer kabul edilebilir düzeydedir. Bu nedenle orijinal ölçeğin maddelerinin tamamı, Türk örnekleme için de geçerli faktör yüküne sahiptir.

Ölçeğin uyum iyiliğini değerlendirmede RMSEA değeri 0.081 olup, modelin orta düzeyde geçerli olduğunu göstermektedir. Yine CMIN/DM, IFI ve CFI değerleri modelin orta düzeyde geçerli olduğunu, ölçeğin Türkçe versiyonunun 0.08 ile 0.10 arasındaki değerlerin orta düzeyde uyum olduğu kabul edilmiştir (Hooper vd, 2008: 54).Kültürlerarası Brezilya uyarlamasında RMSEA değeri .071, CFI değeri .967, AGFI .943, NFI .930, NNFI .965 bulunmuş uygunluk gösterdiği belirlenmiştir (Gonçalves et al., 2014). Polonya uyarlaması ise RMSEA değeri .088, CFI .910 tatmin edici düzeyde uygunluk düzeyinde olduğu kabul edildiğini bildirmiştir (Kowalczyk et al., 2018 ). Diğer ülkelerde yapılan uyarlama çalışması ile doğrulayıcı faktör analizi benzerlik göstermiştir. Bütünsel olarak değerlendirildiğinde elde edilen bulgular altı faktörün kabul edilebilir olduğunu ifade etmektedir.

Güvenirlilik çalışmasında ölçeğin iç tutarlığı ve zamana göre değişmezliği belirlendi. Bir ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa “ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı” yorumu yapılmaktadır (Alpar, 2012).

Orijinal ölçek, diğer ülkelerin uyarlaması ile ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlık katsayıları benzerlik göstermektedir. *MKBİÖ* Cronbach  $\alpha$  katsayılarına bakıldığında; toplamda 0.672, *kırılganlık* 0.706, *damgalanma* 0.618, *aktivite sınırlılıkları* 0.700, *beden kaygıları* 0.839, *şeffaflık* 0.841, *kola yönelik kaygılar* 0.719 olarak bulundu. Baxter (1998) *BIBCQ* ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.88 bulunduğunu bildirmektedir (Baxter, 1998) .

Brezilya uyarlamasında ölçek Cronbach  $\alpha$  katsayısının.70, *kırılganlık* 0.77, *damgalanma* 0.67, *aktivitede sınırlılıklar* 0.72, *beden kaygıları* 0.83, *şeffaflık* 0.77 ve *kola*

*yönelik kaygılar* 0.67 değerinde bulunduğunu bildirmiştir (Gonçalves et al., 2014). Brezilya uyarlamasında alt boyutlardan en düşük damgalanma belirlenirken Türkçe uyarlamasında en düşük alt ölçekte damgalanma alt ölçegidir. En yüksek ise Breziya formunda beden kaygıları iken Türkçe uyarlamasında şeffaflık alt ölçegidir.

Zamana göre değişmezlik *MKBİÖ* test-tekrar test arasındaki korelasyon katsayısı ,912' dir ( $p < 0,001$ ). Ölçeğin ilk uygulama ve ikinci uygulama arasında yüksek derecede anlamlı ilişki olduğu belirlendi ( $p < 0,001$ ). Baxter (1998) test-tekrar test korelasyon katsayısını .87 değerinde olduğunu belirlemiştir. Test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluk durumunun korelasyon analizi sonuçları, alt boyutlar için orta ve yüksek düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir.

Türkçe'ye uyarlanan ölçek yapı geçerliği ve ilgili DFA analizi sonuçları, verilerin orijinal ölçek ve diğer ülkelere uyarlanan ölçekler ile uyumlu olduğunu, altı faktörlü yapıyı doğruladığını, ölçeğin madde ve alt boyutlarının ölçekle ilişkili olduğu göstermektedir. Aynı zamanda yapılan analizler sonucunda her bir alt boyuttaki maddelerin kendi faktörünü yeterli tanımladığını göstermiştir. Çalışmamız sonucunda 43 maddeden ve altı alt boyuttan oluşan bir ölçek oluşturuldu. Araştırmamız sonucunda Baxter ve arkadaşları (1998) tarafından geçerli ve güvenilir bulunan ölçek maddeleri ile Türkçeye uyarlanan ölçek arasında bazı farklılıklar bulundu. Bu farkların kültürel yapımızdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Sonuç olarak *MKBİÖ*'nün Türkçe uyarlamasının Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlendi.

## İkinci Bölüm

Çalışmamızda katılımcıların %42'sinin 51-70 yaş aralığında olduğu görüldü. Türkiye'de meme kanseri tanısı olan kadınların %44.5'i 50-69 yaş arasında olduğu; %40.4'ünün ise 25-49 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Bulgumuz literatür bilgisi ile uyumludur. Meme kanseri çoğunlukla elli yaş üzerindeki kadınlarda görülmekte olup daha genç kadınlarda da görülme sıklığı artmaktadır.

Katılımcıların %69.0'u evli %41.6'sı lise mezunudur. Türkiye'de eğitim durumları incelendiğinde; en yüksek payı ilkokul mezunlarının oluşturduğu, ardından sırasıyla ortaokul, lise mezunu ve eğitim almamış olanlar ve yüksek öğrenim almış kişilerin oluşturduğu görülmektedir (TÜİK, 2017). Çalışmamıza alınan hastalardan 401'i (%80.2) çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olmak meme kanserinden koruyucu bir faktör olarak belirtilmektedir (Breastcancer.org, 2019). Uçar'ın (2008) çalışmasına bakıldığında katılımcıların %100'ün evli ve hepsinin çocuk sahibi olduğunu bildirmiştir.

Hastaların %43.8'i ise emekli bireylerden oluşmakta ve %79.6'sı orta düzeyde gelire sahiptir. Literatürde bir çalışmaya göre, meme kanserinin varlığı kadınların çalışma rutinlerinde, kariyerlerinde ve buna bağlı olarak da maddi durumlarında önemli problemlere neden olmaktadır (Tünel, 2011). Hastaların %44.6'sında meme kanseri aile öyküsü vardır. Yapılan bir araştırmada ailede birinci derecede akrabasının meme kanseri olması, kişinin bu kansere yakalanma riskini 2-3 kat artırdığını belirtmektedir (Akçay, 2005).

Hastalarda en çok %40.8'i cerrahi ve kemoterapi tedavisi uygulanmıştır. Literatür incelendiğinde Denizgil ve Sönmez'in çalışmasında meme kanserinde %58'ine kemoterapi ve radyoterapi, %2'sine kemoterapi, radyoterapi ve hormon terapinin beraber uygulandığı, Erol'un çalışmasında ise hastaların %94,40'ına kemoterapi, %60,20'sine radyoterapi, %34,20'sine ise hormon terapi uygulandığı bildirilmiştir. Hastaların %67.6'sı gibi büyük bir çoğunluğu 2-3 evredeki kadınlar oluşturmakta ve %38.2'si radikal mastektomi geçirmiştir. Meme rekonstrüksiyon oranı %30.0'dur.

Çalışmaya alınan kadınların *MKBİÖ*'nün toplam puan ortalaması  $153,50 \pm 9,45$  (112-178)'dir. Alt boyutlardan *kırılganlık* puan ortalaması  $40,90 \pm 3,80$  (25-48), *damgalanma* puan ortalaması  $43,96 \pm 3,9$  (22-51), *aktivite sınırlılıkları*  $26,32 \pm 4,36$  (17-37), *beden kaygıları* puanı  $15,33 \pm 2,54$  (6-20), *şeffaflık*  $13,17 \pm 3,73$  (5-19), *kola yönelik kaygılar* puan ortalaması  $13,77 \pm 3,40$  (6-20) bulundu.

Meme kanseri olan kadınların yaş, eğitim düzeyi ve çocuğa sahip olma yönünden *MKBİÖ* puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. *MKBİÖ* puanı; yaşları 18 - 30 arasında olan hastalarda, okur-yazar düzeyinde eğitime sahip olan hastalarda, çocuğa sahip olmayan hastalarda daha yüksek seviyededir ( $p<0.05$ ). Fark analizi sonuçlarına göre medeni durum, gelir seviyesi ve meslek gruplarına göre fark anlamsız ( $p>0.05$ ) bulundu. Fark analizi sonucuna göre yaş grupları arasında 18,30 yaş grubu puanı  $158,53 \pm 11,0$  bulunmuştur. Yaş gruplarında 18-30 yaş grubu diğer yaş grupların puanı yüksek olduğu ve meme kanseri beden imajının diğer gruplara göre beden imajı kaygısı artmaktadır. Lindwall (2009) çalışmasında İsviçreli kadınlar vücutlarına yabancılaştığı ve beden imajını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Eğitim durumu okur-yazar olanlar ise  $162,04 \pm 8,15$  puanı diğer eğitim gruplarına göre yüksek bulunmuş ve negatif beden algıları yüksektir. Çocuk sahibi olmayan hastaların puanı ( $159,30 \pm 8,26$ ) çocuk sahibi olanlara ( $156,82 \pm 9,9$ ) göre anlamlı düzeyde fazladır. Çocuk sahibi olmayan hastaların olumsuz beden imajına sahiptir..

Meme kanseri olan kadınların hastalık evresi, cerrahi işlemin türü ve meme rekonstrüksiyonu olup olmama yönünden *MKBİÖ* puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. *Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği* puanı 4. Evrede olan kadınlarda, lumpektomi ameliyatı geçiren ve meme rekonstrüksiyonu olmayanlarda anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir ( $p<0.05$ ). Ek hastalık, cerrahiden geçen süre, aile öyküsü, tedavi türüne göre gruplar arası fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ). Fark analizi sonucuna göre hastaların hastalık evresi 4 olanlarda puanı  $160,91 \pm 5,34$  bulundu. Evre 4 olan hastaalr diğer evre gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Hastalığın ilerlemiş olması, gelecekteki yaşam kaygısı, karşılaşılabileceği diğer sorunların varlığı beden imajını olumsuz etkilemiştir. Ameliyat türü lumpektomi olan hastaların puanı  $163,03 \pm 10,57$ ' dir. Çalışmamızda lumpektomi ameliyatı geçiren kadın hastaların puanı anlamlı derecede yüksek bulundu. Bazı çalışmalarda meme kanseri teşhisinden sonra meme koruyucu cerrahi uygulamanın veya protez takmanın cinsel problemlerin iyileştirilmesine etkisinin az olduğunu belirtmiştir (Tünel, 2011). Hastaların hastalığın seyri, kemoterapi ve radyoterapi süreci, erken menopoz gibi birçok nedenlerden dolayı beden imajı olumsuz etkilenmiştir. Meme rekonstrüksiyonu geçirmeyen hastaların puanı  $161,30 \pm 7,43$ 'dir. Yapılan bir çalışmada beden algısı, benlik saygısı, depresyon-anksiyete, cinsel doyum açısından en iyi sonucu meme koruyucu ameliyatların verdiğini, bunu meme rekonstrüksiyonunun izlediğini, bu bağlamda meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olduğunu belirtmişlerdir (Al- Ghazal et al., 2000). Rowland ve arkadaşları benzer yöntem ile yaptıkları çalışmalarında ise beden algısı, cinsellik, depresyon,

yaşam kalitesi ve eş uyumu açısından en iyi sonuçların meme koruyucu ameliyatlara alındığını belirtirken, meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olmadığını belirtmişlerdir ( Rowland et al, 2000). Yapılan bir çalışmada meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçiren hastaların yaşam kalitesinin ve beden imajının daha yüksek olduğu ve normal yaşamlarına tekrar adapte olmalarının daha kolaylaştığını belirtmiştir ( Teo et al., 2015). Beatty ve arkadaşlarının (2008) Avustralyalı kadınlar üzerindeki yaptığı çalışmada kolda uyuşma, parmak ve omuz kökünde oluşan uyuşma ve ağrılarının yaşam kalitesinin etkilediği olumsuz beden algısı oluşturduğunu belirtmiştir ( Beatty et al, 2008).

Kırılganlık puanı yaşları 51-70 arasında olan hastalarda, okur-yazar düzeyinde eğitime sahip olan hastalarda, çocuk sahibi olmayan hastalarda, mesleği emekli olarak ifade edenlerde daha yüksek seviyededir. Fark analizi sonuçlarına göre medeni durum, gelir seviyesi gruplarına göre fark anlamsızdır ( $p>0.05$ ). Fark analizi sonuçlarına göre kırılganlık alt boyut puanı yaşları 51-70 olan hastalarda  $41,57\pm 3,68$ 'dir. Yaş aralığı 51-70 olan hastaların diğer yaş gruplarına göre beden imajı puanı daha yüksek çıkmıştır, bu grup diğer yaş gruplarına göre daha olumsuz beden imajına sahiptir. Eğitim düzeyi okur-yazar olan hastaların *kırılganlık* alt boyut puan ortalaması  $42,33\pm 2,85$ 'dir. Okur-yazar olanların kırılganlık puanı diğer eğitim gruplarından yüksektir başka deyişle okur-yazar olan gruptaki kadınlar vücudunun kansere karşı daha duyarlı olduğunu düşünmektedir. Çocuk sahibi olmayanlarda *kırılganlık* alt boyut puanı  $42,25\pm 2,79$ 'dur. Çocuk sahibi olmayan hastaların çocuk sahibi olanlara göre *kırılganlık* alt boyut puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Çocuk sahibi olmayan kadınlar daha kırılgandır, başka deyişle kendisinin kansere karşı duyarlı olduğunu düşünmektedir. Hastaların meslek gruplarına göre *kırılganlık* alt boyut puanı emekli  $41,47\pm 3,66$ , ev hanımı  $40,78\pm 3,83$ , çalışan  $40,04\pm 3,86$ 'dır. Emekli olanların *kırılganlık* alt boyut puanı anlamlı düzeyde daha yüksektir. Emekli olan grup aynı zamanda daha ileri yaş grubu olduğu için bedenlerinin kansere daha yatkın olduğunu düşünmeleri beklendik bir bulgudur. Bu bulgu için bir diğer gerekçe de emeklilerin çalışan meme kanserli bireylere göre meşguliyetlerinin olmaması düşünülmüştür.

Meme kanseri olan kadınların tedavi türü, hastalığın evresi, cerrahi işlem ve rekonstrüksiyon yönünden *kırılganlık* alt boyut puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ( $p<0.05$ ). *Kırılganlık* alt boyut puanı, cerrahi-kemoterapi-radyoterapi-hormon tedavisi alanlarda ve meme rekonstrüksiyonu olmayanlarda daha yüksek düzeydedir.

*Kırılgnlık* alt boyut puanı cerrahi-kemoterapi-radyoloji-hormon tedavisi alanlarda  $43,67\pm 1,49$ ' dur. Her dört tedaviyi alan grupta diğer gruplara göre *kırılgnlık* puanı anlamlı derecede yüksektir. Tedavi sürecinin uzun olması, yorgunluk, bulantı-kusma, erken menopoz gibi yan etkilerinden dolayı bireyler kansere karşı daha eğilimli olduklarını düşünmektedirler. Tüm tedavilerinin bir arada alınması hastanın yan etkilerden mağduriyetinin artmasına ve kendini kansere daha eğilimli hissetmesine yol açmıştır. Kanseri 4. evre olan kadın hastalarda *kırılgnlık* alt boyut puanı  $43,09\pm 1,62$ ' dir. Kanseri 4. Evre de olan hastalarda diğer gruplarına göre kırılgnlık alt boyut puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Hastalık evresi ilerlemiş olan kadınlar vücutlarının kansere karşı daha duyarlı olduğunu düşünmektedir.

Cerrahi işlem şekli olarak radikal mastektomi olanlarda *kırılgnlık* puanı  $43,37\pm 1,63$  olup diğer cerrahi işlem grupların puanından anlamlı derecede yüksektir. Falk ve arkadaşları (2010) araştırmalarında mastektomi ameliyatı geçiren kadınlarda sağlık algısı, kronik yorgunluk ve mental distress ve hastalığa bağlı düşük yaşam kalitesinin kötü beden imajı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. *Kırılgnlık* alt boyut puanı meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirmeyenlerde  $42,87\pm 2,14$ ' tür ve meme rekonstrüksiyon ameliyatı geçirenlere oranla anlamlı düzeyde yüksektir. Meme rekonstrüksiyon ameliyatı geçirmeyenlerin kırılgnlığı fazladır. Yani meme kaybı olanlar bedeninin kansere daha eğilimli olduğunu düşünmektedir. Hacourt ve Rumsey (2003) çalışmalarında meme rekonstrüksiyonunda beden algısı ve benlik saygısının meme rekonstrüksiyonu ameliyatı olmayanlara oranla daha üstün olduğunu belirtmişlerdir.

*Damgalanma* alt boyutu; vücudu gizli tutma ihtiyacına yönelik düşünce ve davranışları içerir. Meme kanseri olan kadınların yaş, çocuk sahibi olma ve meslek gruplarına göre *damgalanma* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. *Damgalanma* alt boyut puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda diğerlerinden daha düşük, çocuk sahibi olmayan hastalarda, mesleği emekli olarak ifade edenlerde daha yüksek düzeydedir. *Damgalanma* alt boyut puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda  $42,72\pm 3,89$  puanı'dır. Puanı diğer gruplardan düşük olduğu için olumsuz beden imajı düşüktür. Çocuk sahibi olmayan hastalarda *damgalanma* alt boyut puanı  $45,29\pm 3,25$ 'tir. *Damgalanma* puanı çocuk sahibi olmayanlarda çocuk sahibi olanlara oranla, emeklilerde diğer gruplara göre daha yüksektir Bu durum bu gruplarda vücudu gizleme eğilimi daha fazla olduğunu belirtmektedir.

Meme kanseri olan kadınların tedavi türü, evre, cerrahi işlem şekli ve rekonstrüksiyon yönünden *damgalanma* alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu



( $p<0.05$ ). *Damgalanma* alt boyut puanı her dört tedaviyi alanlarda, kanseri 4. evrede olanlarda, total mastektomi ameliyatı geçiren ve meme rekonstrüksiyonu ameliyatı olmayanlarda diğer gruplardan daha yüksek düzeyde, modifiye radikal mastektomi grubundakilerin *damgalanma* puanı ise diğerlerinden daha düşük bulundu. Bizim bulgularımıza göre bütün tedavi alanlar kanser evresi 4 olan ve total mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirenler daha normal kabul edilir. Diğer hastalık, cerrahiden geçen süre ve aile öyküsü gruplarına göre farkın anlamsız olduğu saptandı ( $p>0.05$ ).

*Damgalanma* alt boyut puanı dört tedaviyi alanlarda  $46,52\pm 1,90$  'dır ve diğer tedavi gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksektir. Tüm tedavileri alan hastaların bedenini gizli tutma düşünce davranışının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Dördüncü evrede olan hastalarda *damgalanma* puanı  $45,89\pm 2,19$ 'dur ve anlamlı düzeyde diğer gruplara göre daha yüksektir. Hastalığın ilerlemesi, vücut bütünlüğünün giderek bozulması hastaların vücudunu gizleme duygu ve davranışlarını arttırdığı düşünülmektedir. Modifiye radikal mastektomi ameliyatı geçirenlerde puan  $40,36\pm 2,96$ , diğer cerrahi işlem grupları ile anlamlı derece düşüktür. Radikal mastektomi olanların puanı modifiye radikal cerrahi geçiren ve lumpektomi geçirenlere göre de daha yüksektir. Bu bulgumuz radikal mastektomi geçirenlerin vücudunu gizli tutuma düşünce ve davranışına daha çok sahip olduğunu belirtmektedir. Meme rekonstrüksiyonu olmayanlarda *damgalanma* alt boyut puanı  $45,51\pm 3,20$ 'dir ve meme rekonstrüksiyon ameliyatı geçirenlere göre puan ortalaması anlamlı derece yüksektir. Meme kaybı olan hastalar vücudunu gizleme düşünce ve davranışlarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Meme rekonstrüksiyon geçiren hastaların meme kaybı yerine konulduğu için bu kişilerde vücudu gizleme düşünce ve davranışlarının azaldığı düşünülmüştür. Collins ve ark.'nın (2011) mastektomi, meme koruyucu cerrahi ve mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılan 549 hasta ile yaptıkları çalışmalarında; meme koruyucu cerrahi geçiren hastaların beden imajının daha olumlu olduğunu belirlemişlerdir (Collins et al., 2011). Çalışmamızda meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirenlere oranla meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirmeyen hastaların daha bedeni gizleme düşünce ve davranışları yüksek olduğu düşünülmektedir.

*Aktivite sınırlılıkları* alt boyutu, bireyin kendi yeterlilik ve yetenekler hakkındaki duyguları içerir. Meme kanseri olan kadınların yaş, eğitim, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma ve meslek yönünden *aktivite sınırlılıkları* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). *Aktivite Sınırlılıkları* puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda, okur-

yazar düzeyinde eğitime sahip olan hastalarda, gelir seviyesi düşük olan hastalarda, çocuk sahibi olan hastalarda, mesleği ev hanımı olanlarda daha yüksek düzeydedir. *Aktivite sınırlılıkları* puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda  $28,05 \pm 4,71$ 'dir. Çalışmamızda 18-30 yaş grubu *aktivite sınırlılıkları* puanı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir, genç yaş grubundaki hastalar kendilerini aktivite yönünden diğer gruplara göre kendini daha yetersiz bulmaktadır. Paterson ve arkadaşlarının (2015) yaptığı incelemede genç meme kanseri hastalarında karmaşık sorunlar oluştuğu; yorgunluk, tedavilerin yan etkileri gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitesi düşük, beden imajları olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Okur-yazar düzeyinde eğitime sahip olan hastalarda *aktivite sınırlılıkları* puanı  $29,79 \pm 3,69$ 'dur ve anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmektedir. Diğer eğitim gruplarına göre okur- yazar grubu kendini yetersiz hissetmeleri nedeniyle beden imajı olumsuz etkilenmektedir. Gelir seviyesi düşük olan hastalarda *aktivite sınırlılıkları* alt boyut puanı  $27,79 \pm 4,42$ 'dir. Gelir seviyesi düşük olan grup, diğer orta ve yüksek gruplara oranla *aktivite sınırlılıkları* puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Gelir seviyesi düşük olan hastaların aktivitelerini daha sınırlı olarak algılamaktadır. Çocuk sahibi olan hastalarda *aktivite sınırlılıkları* puanı  $26,58 \pm 4,46$ 'dır. Çocuk sahibi olan hastaların *aktivite sınırlılıkları* puanı çocuk sahibi olmayanlara oranla anlamlı derece daha yüksektir. Çocuk sahibi olan hastaların annelik rolleri, sorumluluklarının fazlalığı nedeniyle kendini yetersiz görme duyguları yoğun olduğu düşünülmektedir. Mesleği ev hanımı olarak ifade edenlerde *aktivite sınırlılıkları* alt boyut puanı  $28,53 \pm 4,16$ 'dır. Ev hanımları, çalışan ve emekli olan hastalara oranla *aktivite sınırlılıkları* puanı anlamlı derece yüksektir. Hastaların ev içinde aktif rol ve sorumlulukları, ev işleri birçok düzenlemeden gelen yükleri nedeniyle hastalığın yorgunluk, halsizlik gibi yan etkileri yetersizlik duygusunu arttırmaktadır.

Meme kanseri olan kadınların diğer hastalık, tedavi türü, evre, cerrahi işlem türü yönünden *aktivite Sınırlılıkları* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). *Aktivite Sınırlılıkları* alt boyut puan hastalarda diğer hastalığı olanlarda, tedavi türü cerrahi-radyoterapi olanlarda, evre 0-1 olanlarda, lumpektomi ameliyatı geçirenlerde daha yüksek düzeydedir. *Aktivite Sınırlılıkları* puanı ek hastalığı olanlarda  $26,66 \pm 4,53$ , ek hastalığı olanların puanının olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Bu durum ek hastalıkları olan meme kanserli hastaların yetersizlik duygusunun fazla olduğu göstermektedir. Tedavi türü cerrahi-radyoterapi olanlarda  $28,61 \pm 4,13$  puanıdır. Diğer tedavi gruplarına oranla cerrahi- radyoterapi grubunun *aktivite sınırlılıkları* alt boyut puanı anlamlı derece fazladır. Hastalığın evresi 0-1 olan hastalarda  $30,14 \pm 3,71$ 'dir. Diğer evrelere oranla

*aktivite sınırlılıkları* alt boyut puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Lumpektomi ameliyatı geçiren grubun *aktivite sınırlılıkları* alt boyut puanı  $31,32 \pm 2,32$ 'dir. Bulgumuza göre lumpektomi geçiren hastalar diğer cerrahi gruplarına oranla yeterlilik ve yeteneklerinin kısıtlandığını düşünmektedirler.

Beden kaygıları alt boyutu; vücut şekli ve görünümünden memnuniyeti içerir. Meme kanseri olan kadınlarda yaş, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma, meslek gruplarına göre beden kaygıları alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Meme kanseri olan kadınların evre, cerrahi işlem türü ve rekonstrüksiyon yönünden *beden kaygıları* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). *Beden kaygıları* alt boyut puanları hastalığın evresi 0-1 olanlarda daha düşük, modifiye mastektomi ameliyatı geçiren ve meme rekonstruksiyonu ameliyatı geçiren daha yüksek düzeydedir.

*Beden kaygıları* alt boyut puanı hastalığın evresi 0-1 olanlarda  $14,82 \pm 2,74$ 'tür. Hastalık evresi 0-1 olanlarda beden kaygıları puanı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Birinci evrede olan grubun kendi vücut şekli ve görünümünden diğer gruplara göre memnuniyetinin daha yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Modifiye mastektomi ameliyatı geçiren beden kaygıları alt boyut puanı  $16,00 \pm 2,52$ 'dir, diğer cerrahi işlem grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Modifiye mastektomi *beden kaygısı* puanı diğer cerrahi işlem gruplarına göre beden şeklinden memnuniyeti düşüktür. Meme rekonstrüksiyon ameliyatı geçirenlerde *beden kaygıları* alt boyut puanı  $16,00 \pm 2,52$ 'dir ve ameliyat olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Bulgumuzda meme rekonstrüksiyonu olmayan hastaların beden şekli ve görünümünden memnuniyeti daha düşüktür.

Şeffaflık alt boyutu; kanserle ilgili görünümdeki değişikliklerin belirginliğini anlatmaktadır. Meme kanseri olan kadınların yaş, medeni durum, çocuk, meslek yönünden *şeffaflık* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). *Şeffaflık* alt boyut puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda en düşük, bekar olan, çocuk sahibi olmayan ve emekli olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek düzeydedir. *Şeffaflık* puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda  $11,80 \pm 3,48$ 'dir. Bulgumuza göre genç hastaların kanserli ilgili görünümündeki değişikliği olumsuz algıladığı düşünülmektedir. Bekar olan hastalarda *şeffaflık* alt boyut puanı  $13,68 \pm 3,67$ 'dir. Bekar olan hastaların puanı evli olanlara oranla anlamlı düzeyde yüksektir. Bekarlar kansere bağlı bedenindeki değişimi daha olumsuz algılamaktadır. Çocuk sahibi olmayan hastalarda *şeffaflık* alt boyut puanı  $14,81 \pm 3,24$ 'dür.

Çocuk sahibi olmayan hastaların puanı çocuk sahibi olanlara oranla anlamlı düzeyde yüksektir. Çocuk sahibi olmayan hastalar kanserle ilgili görünümdeki değişiklikleri daha belirgin olarak algılamaktadır. Bu durum çocuk sahibi olmayan kadınların ileride çocuk sahibi olamama endişelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Mesleği emekli olanlarda *şeffaflık* alt boyut puanları  $14,25\pm 3,46$ 'dır. Emekli olanlar ev hanımı ve çalışanlara oranla *şeffaflık* alt boyut puan anlamlı olarak yüksek düzeydedir.

Meme kanseri olan kadınların tedavi türü, kanser evresi, cerrahi işlem şekli ve rekonstrüksiyon olma durumuna göre *şeffaflık* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Şeffaflık puanı dört tedavinin tümünü alanlarda, kanserin 4. evresinde olanlarda, radikal mastektomi uygulananlarda ve meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirmeyenlerde daha yüksek düzeyde bulundu. Bulgumuza göre dört tedaviyi de alanlarda şeffaflık puan ortalaması  $16,28\pm 0,88$ 'dir. Bu bulgumuz her dört tedaviyi bir arada alan gruptaki kadınların diğerlerine göre kanserle ilgili görünümündeki değişiklikleri daha belirginliğin hissettiklerini göstermiştir. Tedavi sürecünün uzun, ağır bir süreç olması tedavilerin yan etkileri, bedendeki değişimleri algılamasını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Kanser evresi 4 olanlarda şeffaflık puanı  $16,54\pm 0,66$ 'dır ve diğer evrelerde olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. İleri evrede hastaların kanserin vücuda yayılması nedeniyle beden üzerindeki değişimleri olumsuz algıladığı düşünülmektedir. İleri evrede bulunan hastaların beden imajlarının bozulduğu, anksiyete ve depresyon seviyelerinde yükselme görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (Tünel, 2011). Radikal mastektomi ameliyatı geçirenlerde *şeffaflık* puanı  $16,34\pm 0,90$ 'dır. Çalışmamızda diğer cerrahi yöntemlere göre radikal mastektomi geçirenlerin *şeffaflık* alt boyut puanı anlamlı olarak yüksektir. Memelerin yokluğu, lemf diseksiyonu, gelişen kontraktür gibi komplikasyonlar nedeniyle radikal mastektomi ameliyatı geçiren hastalarda beden değişimi algıları daha olumsuzdur. AshingGiwa ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada kadınlar meme kanserinin neden olduğu değişiklikler hakkında üzüntü, utanç ve düş kırıklığı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada; hastalardan biri aynada yüzüne bakmanın çok zor olduğunu ve aynada kendisinin yansımasını göremediğini; bir başka katılımcı ise protez kullansa bile meme kaybının anlaşılır olduğunu ve bu duruma alışmadığını ifade etmiştir (AshingGiwa et al., 2006). Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirmeyenlerde hastaların *şeffaflık* puanı  $15,01\pm 2,72$ 'dir. Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirmeyen hastaların *şeffaflık* alt boyut puanı meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirenlere oranla anlamlı düzeyde fazladır. Kansere bağlı meme kaybı olan hastaların olumsuz beden algısının yüksek olduğu bulunmuştur. Sertöz

ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada memelerini beğenen kadınların ise en fazla meme rekonstrüksiyonu uygulanmış ve sağlıklı kadınlar olduğu belirtilmiştir ( Setöz ve ark., 2004).

*Kolay yönelik kaygılar* alt boyutu; kolun görünümü ve belirtileri ile ilgili endişeleri ifade etmektedir. Meme kanseri olan kadınların yaş, çocuk sahibi olma ve mesleki durum yönünden *kola yönelik kaygılar* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). *Kola yönelik kaygılar* alt boyut puanları yaşları 18-30 arasında olan hastalarda, çocuk sahibi olan hastalarda diğerlerinden daha yüksek, emeklilerde ise diğer gruplarınkinden daha düşük düzeydedir *Kola yönelik kaygılar* puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda  $15,98\pm 2,73$ 'tür ve anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışmamızda genç olan hastalarda diğer yaş gruplarına oranla *kola yönelik kaygıları* arttığı gözlemlenmiştir. Genç hastalar kolun görünümünün bozulacağı ve istenmeyen belirtilere bağlı işlev kaybı yaşayabileceklerini düşünerek endişe duyabilirler. Bu durum gelecekte kolu kullanamama olasılığı yönünden bireyin beden imajını olumsuz etkileyebilir. Çocuk sahibi olan hastalarda *kola yönelik kaygılar* puanı  $14,12\pm 3,33$ 'tür ve anlamlı düzeyde yüksektir. Çocuk sahibi olanların kanser hastaların olmayanlara oranla *kola yönelik kaygılarının* fazla olduğu düşünülmektedir. Mesleği ev hanımı olarak ifade edenlerde *kolay yönelik kaygılar* alt boyut puanı  $14,73\pm 3,32$ 'dir. Diğer meslek gruplarına oranla ev hanımı olanların kol kaygıları anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışmamızda ev hanımlarının ev içindeki aktif rolleri, yeteri kadar dinlenememe gibi nedenlerle kol kaygılarının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Meme kanseri olan kadınların diğer hastalık, tedavi türü, kanserin evresi, cerrahi işlemin türü ve meme rekonstrüksiyonu olma yönünden *kola yönelik kaygılar* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). *Kola yönelik kaygılar* alt boyut puanları başka hastalığı olanlarda, cerrahi-kemoterapi-radyoterapi-hormon tedavisi grubunda olanlarda, modifiye radikal mastektomi ameliyatı geçirenlerde, kanser evresi 0-1 olanlarda ve meme rekonstrüksiyonu olanlarda daha yüksek düzeydedir. Çalışmamızda *kola yönelik kaygılar* puanı diğer hastalık varlığında  $14,01\pm 3,23$ 'tür ve ek hastalığı olmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksektir. Başka hastalığa sahip olmanın vücutta farklı komplikasyonlara zemin hazırlayacağı korkusu nedeniyle kol kaygılarını arttırdığı düşünülmektedir. Bulgumuzda dört tedaviyi alan hastaların *kola yönelik* puanı  $16,31\pm 2,03$ 'tür ve diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksektir. Bu bulgumuz hastaların *kola yönelik kaygılarının* arttığını ifade etmektedir. Modifiye mastektomi ameliyatı geçiren hastaların *kola yönelik kaygılar* alt boyut puanı  $17,08\pm 1,45$ 'dir. Cerrahi işlem türüne göre modifiye mastektomi

hastalarının kola yönelik kaygıları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçiren hastalarda kol kaygıları puanı  $17,08 \pm 1,45$ 'tir, rekonstrüksiyon geçirmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçiren kadınlar bu girişimi beden imajını düzeltmek için göze almış olmalarına karşın ameliyatın sonrasında kola yönelik sorun yaşayabileceklerini de düşünmekte ve endişe duymaktadırlar.

## 8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### *Birinci Bölüm*

Bu çalışmada meme kanseri olan kadınların beden imajını ölçmek amacıyla Baxter ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen MKBİÖ Türkçe' ye uyarlanmıştır.

- Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği'nin dil geçerliği aşamasında öncelikle dil yönünden eş değerlik sağlandı. Aracın İngilizceden Türkçeye çevrili yapıldı. Yapılan Türkçe çeviriler karşılaştırılarak en uygun ifadeler seçildi ve bir Türkçe ölçek elde edildi. Elde edilen ölçek tekrar İngilizce'ye çevrilerek orjinal araç ile anlamsal olarak karşılaştırıldı, farklı olmadığı belirlendi. Aracın dil geçerliği saptandı.
- Ölçeğin kapsam geçerliği için Davis Tekniği uygulandı, özgün ölçekteki 20. ve 23. madde dışındaki maddelerin KGO değeri 0.80 sınır değerinin üzerinde bulundu (Tablo.6).
- Faktör analizi öncesinde örneklem büyüklüğünü belirleyen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirleyen Bartlett testi uygulandı. Araştırmada KMO değeri 0.878, Bartlett testi ( $\chi^2$ ) değeri 11945,524  $p < 0,05$  bulundu.
- Ölçeğin yapı geçerliği önceden geliştirilmiş ölçeklerin uyarlamasında kullanılan DFA ile değerlendirildi. Maddelerin faktör yükleri 0.276 ile 0.951 arasında değişmekte ve toplam varyansın %50.58'ini açıklamaktadır. Araştırmada iki madde ( $M33=0.276$  ve  $M9=0.263$ ) 0.3 düzeyinin altında bulunmasına rağmen çalışmamız 500 kişilik örneklem ile yapıldığı için her iki değer kabul edilebilir düzeyde değerlendirildi. Bu nedenle orijinal ölçeğin maddelerinin tamamı, Türk örnekleme için de geçerli faktör yüküne sahiptir.

- Ölçeğin uyum iyiliğini değerlendirmede RMSEA değeri 0.081 olup, modelin orta düzeyde geçerli olduğunu göstermektedir. Yine CMIN/DM, IFI ve CFI değerleri modelin orta düzeyde geçerli olduğunu, ölçeğin Türkçe uyarlamasının 0.08 ile 0.10 arasındaki değerlerin orta düzeyde uyumu olduğu kabul edilmiştir.
- MKBİÖ'nün güvenilirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlığı ve zamana göre değişmezliği belirlendi. MKBİÖ toplam puan Cronbach  $\alpha$  katsayısı: 0.672 olup alt boyutların Cronbach  $\alpha$  katsayıları; kırılgnlık=0.706, damgalanma=0.618, aktivitede sınırlılıkları=0.700, beden kaygıları=0.839, şeffaflık=0.841, kol yönelik kaygılar=0.719 olarak bulundu.
- MKBİÖ'nün zamana göre değişmezliği için yapılan test-tekrar test arasındaki korelasyon katsayısı 0,912 bulundu ( $p < 0,001$ ). MKBİÖ'nün ilk uygulama ve ikinci uygulama puanları arasındaki ilişkinin yüksek derecede anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,001$ ). Alt boyutların test tekrar test puanları arasındaki korelasyonun orta ve yüksek düzeyde olduğu belirlendi ( $p < 0,001$ ).
- Çalışmamız sonucunda 43 maddeden ve altı alt boyuttan oluşan bir ölçek oluşturuldu. Araştırmamız sonucunda Baxter ve arkadaşları (1998) tarafından geçerli ve güvenilir bulunan ölçek maddeleri ile Türkçe'ye uyarlanan ölçek arasında Türk kültürel yapısından kaynaklanan bazı farklılıklar dışında Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği Türkçe uyarlamasının meme kanseri olan bireyler için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlendi.

## ***İkinci Bölüm***

### **Çalışmamızda katılımcıların**

- %42'sinin 51-70 yaş aralığında, %69.0'u evli, %41.6'sı lise mezunu, %80.2'si çocuk sahibi, %79.6'sı orta düzeyde gelire sahip, %40.8'i cerrahi ve kemoterapi tedavisi aldığı, %67.6'sı 2-3. kanser evresindeki kadınlar, %38.2'si radikal mastektomi geçirmiş, %30.0'u meme rekonstrüksiyon ameliyatı olduğu belirlendi.
- Çalışmaya alınan kadınların MKBİÖ'nün toplam puan ortalaması  $153,50 \pm 9,45$  (112-178)'dir. Alt boyutlardan *kırılgnlık* puan ortalaması  $40,90 \pm 3,80$  (25-48), *damgalanma*  $43,96 \pm 3,9$  (22-51), *aktivite sınırlılıkları*  $26,32 \pm 4,36$  (17-37),

beden kaygıları  $15,33\pm 2,54$  (6-20), şeffaflık  $13,17\pm 3,73$  (5-19), kola yönelik kaygılar puan ortalaması  $13,77\pm 3,40$  (6-20) olarak bulundu.

#### ***Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği:***

- Meme kanserli 18-30 yaş grubu kadınların diğer yaş gruplarına göre MKBİÖ puanının daha yüksek olduğu yani genç yaş grubu kadınların diğer gruplara göre daha olumsuz beden imajına sahip oldukları,
- Eğitim durumu okur-yazar olanların MKBİÖ puanının diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek olduğu, başka deyişle daha olumsuz beden imajına sahip oldukları,
- Çocuk sahibi olmayan hastaların MKBİÖ puanı olanlara daha yüksek çıktı; çocuk sahibi olmayan hastaların çocuk sahibi olanlara göre daha olumsuz beden imajına sahip oldukları,
- Kanseri evresi 4. evre olan kadınların MKBİÖ puanının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ya da beden imajının daha olumsuz olduğu;
- Lumpektomi olanların MKBİÖ puanının diğer cerrahi işlem gruplarına göre daha yüksek olduğu ya da beden imajının daha olumsuz olduğu;
- Meme rekonstrüksiyonu geçirmeyenlerin MKBİÖ puanının geçirenlere göre olumsuz beden imajına sahip oldukları belirlendi.

#### ***Kırılgnlık Alt Boyutu:***

- *Kırılgnlık* alt boyut puanı yaşları 51-70 olan diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,
- Eğitim düzeyi okur-yazar olan hastaların *kırılgnlık* alt boyut puanı diğer eğitim gruplarından daha yüksek olduğu,
- Çocuk sahibi olmayan hastaların çocuk sahibi olanlara göre kırılgnlık puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Cerrahi-Kemoterapi-Radyoterapi ve hormon tedavisi hastaların diğer tedavi gruplarına göre *kırılgnlık* alt boyut puanı daha yüksek bulunduğu,
- Dördüncü evredeki hastaların kırılgnlık alt boyut puanı diğer evrelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,



- Radikal mastektomi geçirenlerin kırılabilirlik alt boyut puanının diğer cerrahi işlem gruplarının puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirmeyen hastalar meme rekonstrüksiyon ameliyatı geçiren hastalara göre *kırılabilirlik* alt puanı anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

#### ***Damgalanma Alt Boyutu:***

- *Damgalanma* alt boyut puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalar diğer gruplardan düşük olduğu,
- Çocuk sahibi olmayan hastalarda *damgalanma* puanı çocuk sahibi olanlara oranla çocuk sahibi olmayanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Mesleği emekli olarak ifade edenlerde *damgalanma* puanının diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu,
- Tedavi türü Cerrahi-kemoterapi-radyoterapi-hormon tedavisi olanlarda diğer tedavi türlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Kanser evresi 4 olanların *damgalanma* puanının diğer evrelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Total mastektomi tedavisi olanların *damgalanma* puanının diğer cerrahi işlem gruplarına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu,
- Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirmeyen hastaların *damgalanma* puanının geçirenlere oranla anlamlı derecede yüksek düzeyde olduğu,

#### ***Aktivite Sınırlılıkları Alt Boyutu:***

- *Aktivite sınırlılıkları* puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu,
- Okur-yazar düzeyinde eğitime sahip olan hastaların *aktivite sınırlılıkları* puanının diğer eğitim gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Gelir seviyesi düşük olan gruptaki hastaların *aktivite sınırlılıkları* alt boyut puanının diğer gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu,
- Çocuk sahibi olan hastaların *aktivite sınırlılıkları* puanının çocuk sahibi olmayan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu

- Ev hanımlarının aktivite sınırlılıkları puanının çalışan ve emekli olan hastalara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Başka hastalığı olan hastaların olmayanlara göre *aktivite sınırlılıkları* puanı anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Tedavi türü cerrahi-radyoterapi olanlarda diğer tedavi gruplarına oranla *aktivite sınırlılıkları* puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Hastalığın evresi 0-1 olan hastalarda diğer evrelere oranla *aktivite sınırlılıkları* puanı anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendiği,
- Lumpektomi ameliyatı geçiren hastalarda *aktivite sınırlılıkları* puanının diğer cerrahi işlem geçirmiş hastalara oranla yüksek ve daha olumsuz etkilendiği,

#### ***Beden Kaygıları Alt Boyutu :***

- Yaş, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, çocuk, meslek gruplarına göre *Beden kaygıları* alt boyut puanları arasındaki fark anlamsız olduğu belirlendi ( $p>0.05$ ).
- Kanser evresi 4 olanların *beden kaygıları* alt boyut puanı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek belirlendiği,
- Modifiye mastektomi olanların *beden kaygıları* alt boyut puanı diğer cerrahi işlem gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçiren hastalarda *beden kaygıları* alt boyut puanı meme rekonstrüksiyonu geçirmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu,

#### ***Şeffaflık Alt Boyutu:***

- Bulgumuza göre genç yaş grubundaki hastaların şeffaflık alt boyut puanının en düşük düzeyde olduğu,
- Bekar olan katılımcıların şeffaflık alt boyut puanının evli olanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Çocuk sahibi olmayan hastalarda *şeffaflık* alt boyut puanının çocuk sahibi olanlara oranla daha yüksek olduğu,
- Mesleği emekli olan hastalarda ev hanımı ve çalışanlara oranla *şeffaflık* alt boyut puanı anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

- Kadınların eğitim, gelir düzeyi gruplarına göre şeffaflık alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).
- Tedavi türü cerrahi-kemoterapi-radyoreapi-hormon tedavisi alanlarada diğer tedavi gruplarına göre *şeffaflık* puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Kanser evresi 4 olan hastaların *şeffaflık* puanının daha yüksek olduğu,
- Radikal mastektomi ameliyatı geçirenlerde diğer cerrahi yöntemlere göre *şeffaflık* alt boyut puanı anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı geçirmeyen hastaların *şeffaflık* puanı meme rekonstrüksiyon ameliyatı geçirenlere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,

***Kola Yönelik Kaygılar Alt Boyut:***

- Kolaya yönelik kaygılar puanı yaşları 18-30 arasında olan hastalarda diğer yaş gruplarına oranla anlamlı olarak yüksek bulunduğu,
- Çocuk sahibi olan hastalarda *kola yönelik kaygılar* puanı çocuğa sahip olmayan hastalara oranla istatistiksel düzeyde yüksek olduğu,
- Mesleği ev hanımı olarak ifade edenlerde *kola yönelik kaygılar* puanı diğer meslek gruplarına oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu,
- Diğer hastalığın varlığının *kola yönelik kaygılar* puanını anlamı olarak yüksek olduğu,
- Cerrahi-kemoterapi-radyoterapi-hormon tedavisi alan hastaların kola yönelik kaygılar puanının diğer tedavi alanlara göre yüksek olduğu,
- Modifiye radikal mastektomi ameliyatı geçiren katılımcıların *kola yönelik kaygılar* puanının diğer cerrahi işlem geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Meme rekonstrüksiyon ameliyatı geçirenlerin *kola yönelik kaygılar* puanının meme rekonstrüksiyonu geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

## Öneriler

“Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği”nin Türkçeye uyarlamak amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

Bunun sonuçlar doğrultusunda;

- MKBİÖ'nün uygulamada meme kanserli hasta bakımında kullanılması, olumsuz beden imajı olan hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin buna göre planlanması ve gerekli desteğin sağlanması,
- MKBİÖ'nün örgün eğitiminde öğrencilere tanıtılması, görev içi hemşirelik eğitimlerinde hemşirelere tanıtılması ve kullanımının sağlanması,
- MKBİÖ'nin hemşirelik araştırmalarında kullanılması önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

- AKAN, A., DEMİRER, S. Meme Kanserinde Evreleme. Müslümanoğlu, M. (Ed.). Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHFD) Meme Hastalıkları Kitabı. Bölüm 32, Güneş Tıp Kitabevleri:289-296, 2012.
- AKÇAY, D. Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde zlemin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum , 2005.
- AKSOY YE, TURFAN EC, SERT E, MERMER G. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Engeller. J Breast Health 2015; 11: 26-30 DOI: 10.5152/tjbh.2014.2296.http://www.thejournalofbreasthealth.com/sayilar/39/buyuk/26-301.pdf Erişim Tarihi: 05/05/2019
- AL-GHAZAL SK, FALLOWFIELD L, BLAMEY RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. Eur J Cancer;36: 1938-1943, 2000
- ALPAR R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik, Ankara, Detay Yayıncılık: 475-504,2002
- AMİR E, FREEDMAN OC, SERUGA B, EVANS DG. Assessing women at high risk of breast cancer: Are view of risk assessment models. J Natl Cancer Inst;102:680-91, 2010
- ARMAĞAN, A. Obez Kadınlarda Benlik Saygısının Beden İmgesi Üzerindeki Etkisinde Biçimleyici Değişkenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans, T.C. Okan Üniversitesi, İstanbul, 2013.
- AVISA, N., CRAWFORD B, S., MANUELA, J. Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer, Psycho-Oncology, 13, 295–308, 2004.
- AYDINER, A. Menopoz ve Meme Kanseri. T. Atasü (Ed.). *Menopoz-Tedavisi ve Kanseri* (s: 633-693). Nobel Tıp Kitapevleri, 2001.

- AYHAN Y, KOCAMAN G, BEKTAŞ M. .Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*; 17:21-35, 2015.
- AYGİN, D. DURAT, G. Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım (Derleme). *Androloji Bülteni*, 23, 352-354, 2005.
- BARON, R.H. Surgical Management of Breast Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 10-19, 2007.
- BAXTER N. The Body Image After Breast Cancer Questionnaire .The Design and Testing of a Disease Specific Measure. A thesis submitted in con formity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Graduate Department of Medical Sciences University of Toronto, 1998.
- BAXTER, N.N. GOODWIN P.J. MCLEOD R.S. et al., Reliability and Validity of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire. *The Breast Journal*. Volume 12, Issue 3,s: 191-289, 2006.
- BEATTY, L., The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*;11-4, 2008.
- BERAL V, BULL D ,DOLL R ,PETO R, REEVES G. Breast cancer and abortion: collaborativere analysis of data from 53 epidemiological studies, including 83,000 women with breast cancer from 16 countries. *Lancet*;363:1007-16, 2004.
- BERKARDA, B. *Meme Kanseri*. İstanbul: .Ü. Basımevi ve Film Merkezi, cilt 2,2000
- BOYD N.F, ROMMENS J.M, VOGT K, LEE V, HOPPER J.L, YAFFE M.J. Et al. Mammographic breast density as an intermediate pheno type for breast cancer. *Lancet Oncol*;6:798-808, 2005.
- BOZFAKIOĞLU, Y., ASOĞLU, O. Meme Kanseri. Ü. Değerli, Y. Bozfakioğlu (Ed.). *Genel Cerrahi* (s:240-248). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, 2002.

- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. Faktör Anallizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 32, 470-483, 2002.
- CABİOĞLU, N. Memenin Anatomi, Fizyolojisi ve Konjenital Anomaliler. Özden Vahit, (ed) Meme Hastalıkları Kitabı,2012.
- CASH, T.F., & PRUZINSKY, T. Body image, a handbook theory, rese-arch, and clinical practice. Newyork, USA: The Guilford Press, 269-322, 2002.
- CEBECİ, F., YANGIN, H.B., & TEKELİ, A. Life experiences of women with breast cancer in 83ort western Tur-key: A qualitative study. *European Jo-urnal of Oncology Nursing*, 16 (4), 406-412, 2002. Doi:10.1016/j.ejon.2011.09.003
- CHLEBOWSKİ RT, HENDRİX SL, LANGER RD, STEFANİCK ML, GASS M, LANE D, ET AL. (2003). Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy post- menopausal women: the women's health initiative random- ized trial. *JAMA*;289:3243-53.
- CLAMP, A., DANSON S., DEMONS M. Hormonal And Genetic Risk Factors For Breast Cancer. *Surg J R Coll Surg Edinb Irel.*, 23-31, 2003.
- COLLABORATİVE GROUPON HORMONAL FACTORSİN BREAST CANCER. Familial breast cancer: collaborativere analysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet*2001;358:1389-99. < . Ü. Uras C. Cerrahpafla Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Meme Kanseri Sempozyum Dizisi No: 54 ; s. 93 – 97, 2006
- ÇAVDAR, İ . Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 64-66, 2006
- ÇELİK L, ÇUBUK R, ALTINTOPRAK MK. Meme kanseri riski normal veya artmış kadınlarda tarama. *Türkiye Klinikleri J. ;10(3): 185-197, 2017.*
- DAĞOĞLU, T.Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 594-606). Cilt 1, .Ü. stanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002.

- DARENDELİLER, E., AĞAOĞLU, F.Y. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s:13-33). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık,2003.
- DEGNİM AC, VISSCHER DW, BERMAN HK, FROST MH, SELLERS TA, VIERKANT RA, ETAL. Stratification of breast cancer risk in women with atypia: a Mayo cohort study. *J Clin Oncol* ;25:2671-7,2007.
- DENİZGİL T. Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçirmiş Kadınlarla Mastektomi Operasyonu Geçirmiş Kadınlar Arasında Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Doyum ve Cinsel Yaşantıların Karşılaştırılması: Yeni Symposium Cilt: 53, Sayı: 3, 2015.
- DOUMIT, M.A.A, HUIJER, H.A.S., KEL-LEY, J.H., SAGHIR, N.E., & NASSAR, N., Coping with breast cancer a phenomenological study. *Cancer Nursing*, 33(2), 33-39, 2010.
- ENGİN, A, OĞUZ, M., DURMUŞ, O, TEKİN, E, ONUK E. Meme Hastalıkları. A. Engin (Ed.). *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri* (s: 375-404) (1. Bs.). Cilt 1, Ankara: Atlas Kitapçılık Ltd. Şti.,2002.
- EREFİ İ. Veri toplama araçlarının niteliği İçinde: Ed. Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset Ankara 169-188, 2004.
- FİELD, A. Discovering Statistics Using SPSS for Windows. London – Thousand Oaks – New Delhi: Sage Publications, 2000
- FRAENKEL, J.R., WALLEN, N.E, HYUN, H.H. How to Design and Evaluate Research in Education. 8th Ed. Newyork: McGraw-Hill, 2012.
- HARMER, V. Breast Cancer Treatments-A Synopsis. *Practice Nurse*, 31(8), 33-38, 2002
- HOOPER D, COUGHLAN J, MULLEN MR. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*; 6(1): 53-60, 2008.
- HUTCHESON, R.K, SOFRONİOU, N. The multivariate Social Scientist. London: Sage Publications, 2008.



- GANZ P.A,ROWLAND J.H,DESMOND K,MEYEROWITZ B.E,WYATT G.E., Life after breast cancer :understanding women's health-related quality of life and sexual functioning.J Clin Oncol;16:501, 1998.
- GENÇTÜRK, N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları. Meme Sağlığı Dergisi, 9 (1):5-9, 2013.
- GÖZÜM, S. VE AKSAYAN, S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1, 3-14, 2003.
- GRİMSEY E, 2011. An overview of the breast and breast cancer. Breast Cancer Nursing care and management. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- GÜMÜŞ, A.B., Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici giri-şimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2(3), 108-114, 2006.
- GÜNER, İ.C., (2008). Meme kanseri ve eş-lerin desteği. Gaziantep Tıp Dergisi, 14, 46-49
- JERNSTROM H, LUBİNSKİ J, LYNCH HT, GHADİRİAN P, NEUHAUSEN S, ISAACS C, ET AL.Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst;96:1094-98, 2004.
- İĞCİ A, ASOĞLU . Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri [Early Diagnosis of Breast Cancer Screening Methods]. In Topuz E, Aydın A, Dinçer M (Eds), Meme Kanseri [Breast Cancer]. Istanbul: Nobel Medical Bookstores; p.113-123,2003
- İLTER H., KESKİNKILIÇ (ed) Türkiye Kanseri İstatistikleri; [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf) Erişim Tarihi: 05.02.2019
- KARAYURT Ö. Meme Kanseri: Onkoloji Hemşireliği, 1. Baskı, Can G (Ed), Nobel Tıp Kitabevi , : 617-649, 2014
- KAYMAKÇI Ş. Meme Hastalıkları, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2.baskı, Karadakovan A, Eti Arslan F.(Ed), Nobel Matbacılık , : 975-987, (2011-2014).

- KEÇER, M., ASAOĞLU, O. Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s: 275-286). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, 2003.
- KILIÇ F., YILMAZ MH., Meme Biyopsisi: Hasta ve Yöntem Seçimi; Hangi Lezyonda Ne Yapalım? ,2014. <https://turkradyolojiseminerleri.org/sayilar/5/buyuk/140-157.pdf> Erişim Tarihi:02.02.2019
- KIRCHHOFF T, KAUFF ND, MITRA N, NAFA K, HUANG H, PALMER C, ET AL. BRCA mutations and risk of prostate cancer in Ashkenazi Jews. *ClinCancerRes*;10:2918-21,2004
- KOÇ Z, SAĞLAM S. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği [Determination of the knowledge and the practice of female patients about breast cancer, preventive measures and breast self-examination and effectiveness of education]. *Meme Sağlığı Dergisi* [The Journal of Breast Health]; 5(1): 25-33,2009
- KOÇAK S, ÇELİK L, Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi Ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu *The Journal Of Breast Health* 2011 Vol: 7 • No: 2 *Meme Sağlığı Dergisi* Cilt: 7 • Sayı: 2,2011.
- LİNDWALL, L., The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2009;4: 280-287,2009.
- LİNOS E, WİLLETT WC. Diet and breast cancer risk reduction. *J Natl Compr Canc Netw*;5:711-8, 2007.
- MALAK AT., KARAYURT Ö., “Meme Kanseri Ve Uyum”, Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Gaziantep, Uluslararası Katılımlı, Hakemli organizasyon, sayfa no 265, Poster bildirisi,2007.
- MCCREADY, T., LITTLEWOOD, D., JENKINSON, J. Breast Self-examination and Breast Awareness: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 570-578,2004

- MCCREADY, T. Management of Patients with Breast Cancer. *PrimaryHealth Care*, 14(6), 41-49, 2003.
- MICHELS KB, XUE F, COLDITZ GA, WILLETT WC. Induced and spontaneous abortion and incidence of breast cancer among youngwomen: A prospective cohort study. *ArchInternMed* 2007;167:814-20, 2007. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer, 2009. www.nccn.org
- NEWMAN LA., KUERER HM., Advances in Breast Conservation Therapy. Article in *Journal of Clinical Oncology*. *J Clin Oncol* 23:1685-1697, 2005.
- OKANLI, A. Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. *Uluslararası Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-6, 2004.
- ÖNEN S. Ö., ELBİ M, H., NOYAN, A., ALPER, M., KAPKAÇ, M. Meme Kanseri Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275, 2005.
- ÖZBAŞ, A., Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 115-117, 2006.
- ÖZBAŞ S., BOYLU S. Meme Kanseri Risk Faktörleri ; Özden Vahit, (ed) *Meme Hastalıkları Kitabı*, 2012
- ÖZBERKSOY, A. Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2006.
- PARLAR, S., KAYDUL, N., OVAOĞLU, N. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 72-83, 2005
- PARKİN DM, BRAY F, FERLAY J, PİSANİ P. Global Cancer Statistics CA: *Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108, 2005

- PATERSON, L.C., LENGACHER, A.C., DONOVAN, A.K., KIP, E.K., TOFTHAGEN, S.C.  
Body Image in Younger Breast Cancer Survivors, Cancer Nursing, Vol. 00,  
No.0 130,2015.
- POLAT, A., Düzce ilindeki hemodi-yaliz hastalarının beden imajı ve benlik saygısı  
düzeylelerinin belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Abant İzzet Baysal Üni-  
versitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2007.
- POTUR, D.C.,İlk gebelikte beden imajının algılanma durumunun değeren-dirilmesi.  
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul,2003.
- ROWLAND JH, DESMOND KA, MEYEROWITZ BE ET AL. Role of breast reconstructive  
surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. J  
Natl Cancer Inst ;92:1422-1429,2000.
- SAATKAYA S. Malign Meme Kitlelerinin Boyutunun Değerlendirilmesinde Ultrasonografi,  
Dijital Mamografi, Manyetik Rezonans Görüntülenme ve Postoperatif Patoloji  
Sonuçlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul,2009.
- SANTİLLAN AA, KİLÜK JV, COX CE. Assessment and designation of breast cancer  
stage.In:Bland KI, Copeland III EM, eds.The Breast.4th ed.  
Philadelphia:Saunders Elsevier;;p.429-51,2009.
- SCHWARTZ, M. B., & BROWNELL, K. D. Obesity and body image. Body image, 1(1), 43-  
56,2004
- SCHEİER AM, WİLLİAMS SA. Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive  
Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer. Oncology Nursing Forum;  
31(1):127-130,2004.

- SHARMA G, DAVE R, SANADYA J. Various Types And Management Of Breast Cancer: An Overview. *J Adv Pharm Technol Res.* Apr-Jun; 1(2): 109–126, 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3255438/89orth/F3/>
- SIEGEL RL, MILLER KD, JEMAL A., Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.* 2018 Jan;68(1):7-30. Doi: 10.3322/caac.21442, 2018
- SINGLETONARY S.E, CONNOLLY J.L. Breast Cancer Staging: Working With the Sixth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual. *CA Cancer J Clin;* 56:37-47, 2006.
- SMELTZER SC, BARE, BG. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2005; 1445-1484, 2005.
- SMIGAL, C., SIEGEL, R., JEMAL, A.:Breast Cancer Facts & Figures 2005-2006,American Cancer Society Erişim: 22.10.2018, <http://www.cancer.org>.
- ŞENCAN H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; Pp.408-10, 2005
- ŞİMŞEK Ö.F. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LİSREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks;P.4-22, 2007.
- URAS, C. Erken Evre Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi. Ü. CerrahpaşaTıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 54, 93-97, 2006.
- UYAR T., Meme Kanseri Kadınlarıda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı Ve Eş Uyumunu Üzer Ne Etkisi İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Yüksek Lisans tezi, 2008
- TAKKOUCHE,B,REGUEİRA-MENDEZC,ETMİNANM.Breastcancer and use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst;*100:1439-47, 2008.
- TEO, I.,REECE, G.P., CHRISTİE, I.C.,et al. Body image and quality of life of breast cancer patients: influence of timing and stage of breast reconstruction. *Journal of the psychological, social and Behavioral Dimensions of Cancer.:* 25-9,2015

- TERRY M.B, ZHANG F.F, KABAT G, BRİTTON J.A, TEİTELBAUM S.L, NEUGUT A.I, ET A.L. Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. Ann Epidemiol2006;16:230-40,2006.
- TINSLEY, H.E.A., TINSLEY, D.J.Uses of factor analysis in counseling psychology Research. Journal of Counseling Psychology, 34: 414-214.
- TOLUNAY, Ş. Meme Kanserinde Histopatolojik Etmenler ve Evreleme, 2005.
- TOPUZ, E., AYDINER, A. Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul,2003.
- TÜNEL M.,Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi Ve Sonrası Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi,2011.
- VENEZİANO L, HOOPER J. A. Method for quantifying content validity of health-related questionnaires. Am J Health Behav; 21(1):67-70,1997.
- VOROBİOF DA, SİTAS F, VOROBİOF G. Breast cancer incidence in South Africa.J Clin Oncol.;19:125-7, 2001.
- YETER, K., SAVCI, A., & SAYINER, F.D., Meme kanserinde rekonstrük-tif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. Meme Sağlığı Dergisi, 5(2): 65-68, 2009.
- YILMAZ M.R.Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etiyojisi. Esin Emin Üstün (ed). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi DekanlığıYayın Bürosu; 25-40,2002
- American Cancer Society, Cancer facts & figures 2010. Atlanta, American Cancer Society, 2010.
- American Cancer Society Recommendations 90ort he Early Detection of Breast Cancer 2017.<https://www.cancer.org/research/infographics-gallery/breast-cancerscreeningguideline/breast-cancer-screening-guideline-text-alternative.html>

Breast Cancer Facts & Figures, 2013-2014. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2013-2014.pdf> Erişim Tarihi: 02.02.2019

Cancer Fact & Figures. 2017 <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf> Erişim Tarihi. 05.01.2019

Türkiye Kanser İstatistikleri. [https://hsgm. Saglik.gov.tr/depo /birimler/kanser/db/ istatistik/ Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm. Saglik.gov.tr/depo /birimler/kanser/db/  istatistik/ Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf)



## EKLER

### Ek 1. Bilimsel Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**Sayın katılımcı,**

“Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeğinin (Body Image After Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)’ nın) Türkçe’ye Uyarlanması” isimli yüksek lisans tez çalışmamızı, meme kanseri ameliyatı olan hastaların beden imajını belirlemek için bir ölçme aracını Türkçe dilinde kullanılabilmesi için düzenlemek ve bir grup meme kanserili bireyin beden imajını belirlemek amacıyla planladık. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğinde takibi olan siz gönüllüler ile yürütülecektir. Verilen anket formlarını doldurmanız yaklaşık 15-20 dakikanızı almaktadır. İstediğiniz zaman araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz.

Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. . Bu çalışma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Araştırmadan dolayı herhangi bir risk bulunmamakta olup riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Araştırmacının Adı Soyadı: Eda Ceylan

Tel: ...5300471646.....

İmzası.....

Adres: Org. Abdurrahman Nafiz Gürman Cad. Etyemez, Samatya, 34098 İstanbul

Tarih:.....

Ben ..... katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatını buldum. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla ve hiçbir baskı olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı.....

İmzası.....

Telefon .....

Adresi .....

Tarih (gün/ay/yıl) .....



## Ek 2. Katılımcıları Tanıtıcı ve Hastalığa Ait Özellikleri

1.Yaşınız.....

2.Medeni durumunuz nedir? Evli ( ) Bekar ( ) Dul / Boşanmış ( )

3.Çocuğunuz var mı? Var (ise kaç çocuğunuz var?.....) Yok ( )

4.Eğitim durumunuz nedir?

Sadece okuryazar( ) Ortaokul Mezunu( ) Lise Mezunu( ) Yüksek okul Mezunu ( )

5. Mesleğiniz? Ev Hanım( ) Çalışıyor ( ) Emekli ( )

6.Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir? Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek ( )

7. Meme hastalığı dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalığınız var mı?

Var (ise açıklayınız.....) Yok ( )

8. Cerrahi tedaviden bu yana geçen süre ne kadardır? 1-.....ay 2-.....yıl

9. Meme hastalığı tanısı aldıktan sonra hangi tedaviler uygulandı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Kemoterapi ( ) Radyoterapi ( ) Hormonal tedavi ( ) Cerrahi tedavi ( )

10.Hastalığın hangi evresinde ameliyat olduğunuz? Evre 0-1 ( ) Evre 2-3( ) Evre 4( )

11. Cerrahi tedavide uygulanan ameliyatın tipi nedir?

- Total mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
- Modifiye radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
- Radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
- Diğer (lütfen açıklayınız.....)

12. Meme Rekonstruksiyon ameliyatı oldunuz mu? Evet ( ) Hayır ( )

### Ek 3. Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği

Bu ölçekte meme kanseri tanısı konulan kadınların duygu, düşünce ve davranışları hakkında önermeler yer almaktadır. Sizden her bir önermenin, kendinize ne kadar uygun olduğunu belirtmeniz istenmektedir.

Unutmayın soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Bazı sorular size diğerlerinden daha önemli görünebilir. Cevaplarınızı son bir aylık durumunuzu göz önünde bulundurarak vermeniz istenmektedir. Tüm soruları elinizden geldiğince en iyi şekilde cevaplamaya çalışınız. Cevaplarınız gizli tutulacaktır.

Ölçeği doldururken önermeleri dikkatle okuyunuz. Önermelerin sağına cevaplarınızı yazınız. İki tip önerme bulunmaktadır.

**Birinci tip önerme** için aşağıdaki ölçek kullanılacaktır:

- 1 = Kesinlikle katılmıyorum
- 2 = Katılmıyorum
- 3 = Kararsızım
- 4 = Katılıyorum
- 5 = Kesinlikle katılıyorum

Ölçek maddelerini doldurmak için önermelerin sağındaki boşluğa eğer önermeye kesinlikle katılmıyorsanız 1, katılmıyorsanız 2, kararsızsanız 3, katılıyorsanız 4, kesinlikle katılıyorsanız 5 yazınız.

**İkinci tip önerme** için aşağıdaki ölçek kullanılacaktır:

- 1 = Asla
- 2 = Nadiren
- 3 = Bazen
- 4 = Sıklıkla
- 5 = Daima

Bu bölümde önermenin yanındaki boşluğa; asla doğru değilse 1, nadiren doğruysa 2, bazen doğruysa 3, sıklıkla doğruysa 4, daima doğruysa 5 yazınız.

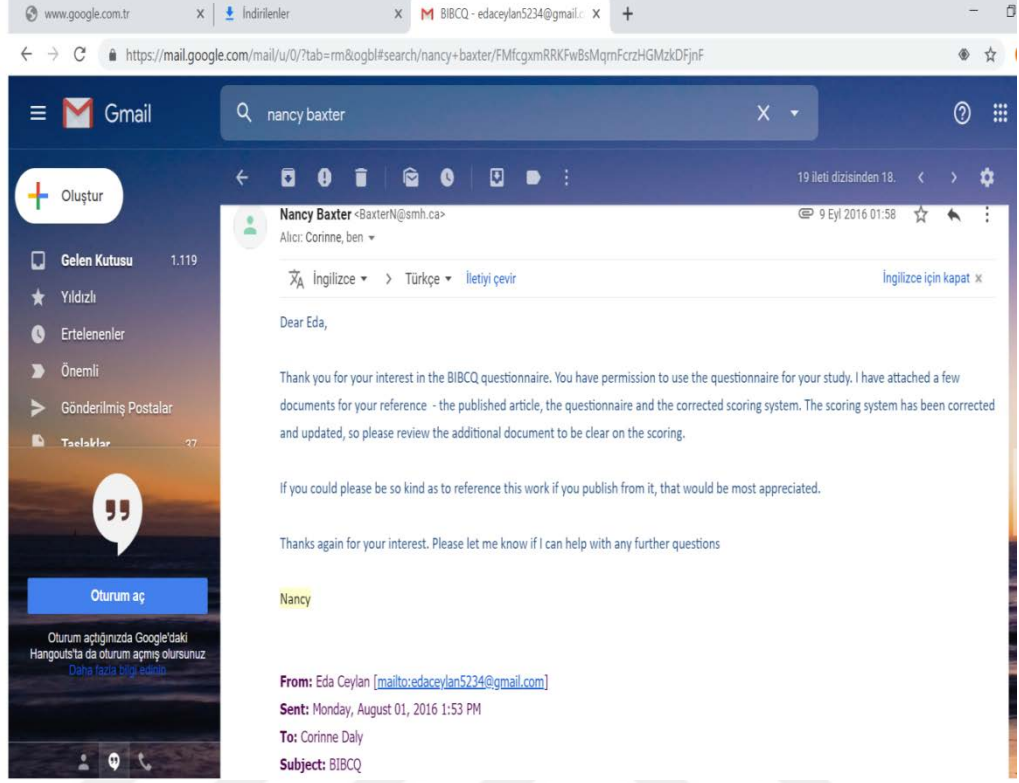
## I. ÖLÇEK

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katlıyorum	Kesinlikle katlıyorum
1.	Bedenimi gizlemeye çalışırım.					
2.	Kolumda duyu kaybı, uyuşukluk yoktur.					
3.	Ameliyatlı bölgeme bakmaktan kaçınıyorum.					
4.	İçimde saatli bomba varmış gibi hissediyorum .					
5.	Gün boyunca kendimi yorgun hissediyorum.					
6.	Mevcut enerjimden memnunum.					
7.	Kansere yatkın olduğumu düşünüyorum.					
8.	Bedenimin görünümünden memnunum.					
9.	Kanser olduktan sonra kendimi daha az kadınsı hissediyorum.					
10.	Bedenimi beğeniyorum.					
11.	Egzersiz yaparken görünüşüm hakkında kendimi rahat hissediyorum.					
12.	Ortak kullanılan bir giyinme odasında üstümü değiştirirken kendimi rahat hissediyorum.					
13.	Bedenimin kanser tarafından ele geçirildiğini hissediyorum.					
14.	Kolumun görünümünden memnunum.					
15.	Bedenimin beni yarı yolda bıraktığını hissediyorum.					
16.	Dış görünüşümü bu hali ile beğeniyorum.					
17.	Görevlerimi başkaları yüklenmek zorunda.					
18.	Bedenimin bir kısmını gizlemem gerektiğini hissediyorum.					
19.	Mememdeki yara izlerine dokunmaya korkuyorum.					
20.	Sarılmak gibi yakın fiziksel temastan kaçınırım.					
21.	Birşeylerin vücudumun kontrolünü ele geçirdiğini hissediyorum.					

## II. ÖLÇEK


		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Daima
22.	İnsanların mememe baktıklarını hissediyorum.					
23.	Fiziksel temastan kaçınıyorum.					
24.	İnsanların bana baktıklarını hissediyorum.					
25.	Kıyafet değiştirirken vücudumu saklıyorum.					
26.	Kanserin yayılmasından endişeleniyorum					
27.	Memelerimin görünüşü konusunda yeniden güven duymaya ihtiyacım var.					
28.	Meme kanserini kafama takıyorum.					
29.	Yorgunluk yaşantımı etkiliyor.					
30.	Çıplak olduğumda kendimi çekici hissediyorum.					
31.	Kolumdaki şişlik benim için bir sorundur.					
32.	Bedenim konusunda endişeliyim.					
33.	Cinsel ilişki sırasında memelerimi kapatıyorum.					
34.	Bedenime karşı kızgınlık hissediyorum.					
35.	Sağlığım konusunda yeniden güven duymam gerekiyor.					
36.	Günlük fiziksel aktivitelere katılabilirim.					
37.	Odaklanma sorunum var.					
38.	Bedenim yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermiyor.					
39.	Memelerimin başkalarına düzgün görünmediğini düşünüyorum.					
40.	Kol ağrısı benim için bir sorundur.					
41.	Hafif ağırı sızı konusunda endişeliyim.					
42.	Kendimi normal hissediyorum.					
43.	İnsanların memelerimin normal olmadığını söyleyeceklerini hissediyorum.					


## Ek 4. Yazar İzni



## Ek 5. Etik Kurul İzin

İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ İKİBBG İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
05/12/2016 16:27 - 70794255 - 663.08 - E 1553

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI**  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

  
00034726117

Sayı : 70794255-663.08  
Konu : Araştırma İzni (Eda CEYLAN)

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**

İlgi: 19/10/2016 tarihli ve 70764255-2318 sayılı yazınız.


İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans program öğrencisi Eda CEYLAN'ın "Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği "Body Image After Breast Canser Questionnaire (BIBCQ)" " konulu yüksek lisans tez çalışmasını talebi Genel Sekreterliğimize bildirilmiştir.

Söz konusu araştırma çalışmasının Üniversiteniz ile Genel Sekreterliğimiz arasında imzalanan protokol doğrultusunda birliğimize bağlı S.B.Ü İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim

Op.Dr.İdris KURTULUŞ  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı V.

*Genel Sekreterlik  
İmzalı Aslı ile Aynıdır  
06.12.2016*

  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

---

Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No:85 Zeytinburnu / İstanbul  
Faks No:0(212)5229811  
e-Posta: sureyya.gok@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim ve Arge Birimi

Bilgi için:Süreyya GÖK  
Unvan:FİRMA  
Telefon No:0(212)5308311/1136

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden aa50086f-7089-4e41-bef4-fb2a8a82484a kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	04.10.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.10.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 467</b>		<b>Tarih: 05/10/2016</b>			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Beden İmajı Ölçeği "Body Image After Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)" nin Türkçe'ye Uyarlanması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Eda Ceylan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



**Ek. 6 Uzman Görüşü Listesi (Soyadına göre alfabetik sıralama)**

1. Birsen Altay (Doç Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
2. Işıl Işık Andsoy (Doç Dr., Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
3. Aylin Aydın Sayılan (Dr. Öğretim Üye., Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
4. Sonay Baltacı (Doç Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi)
5. İkbâl Çavdar (Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
6. Nuran Gençtürk Doç Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi)
7. Asiye Gül (Doç Dr., İstanbul Kültür Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
8. Sevil Güler Demir (Doç Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
9. Ayla Gürsoy ( Prof. Dr., Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
10. Esra Köroğlu Çamdeviren (Dr. Öğretim Üye., İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
11. Nuran Mumcu (Dr. Öğretim Üye., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
12. Ayfer Özbaş (Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
13. Afıtap Özdelikara Dr. Öğretim Üye., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi )
14. Sacide Yıldızeli Topçu (Dr. Öğretim Üye., Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Eda CEYLAN  
**Doğum Yeri** : Kadıköy  
**Doğum Tarihi** : 02.10.1986  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**E-posta** : [edaceylan5234@gmail.com](mailto:edaceylan5234@gmail.com)

**İletişim Bilgileri** : \_

**Öğrenim Durumu** : Lisans

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Selçuk	2018
y. Lisans	Hemşirelik	Medipol	2019
Y. Lisans	Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi	Beykent	2019

**İş Deneyimi:**

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	İst. Üniversitesi İst Tıp Fakültesi	2008-2010
Hemşire	İst. Arnavutköy Devlet Hastanesi	2010-2012
Hemşire	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-2018
Hemşire	Ordu Aybastı Devlet Hastanesi	2018-Halen

Yayımlar :

1. Ceylan, E. Erol, F. Özdemir, S. Nöroloji Yoğun Gözetim Odası Bası Yarası Oluşma Sıklığı Ve Hemşirelik Bakımı, ,Yoğun Bakım Hemşireliği 4.Ulusal Kongresi,Trabzon,2010 ( Poster Bildiri ).
2. Ceylan, e. Rızalar, S. Baltacı, S. Ameliyathane Hemşirelerinin Tıbbi Hata Eğilimi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi', 20. Ulusal Cerrahi Kongresi ( Poster Bildiri ).
3. Ceylan, E. Afrika'da Gönüllü Ameliyathane Hemşiresi Olmak' Ulusal Cerrahi Kongresi ( Sözel Bildiri )2016.

4. Tümör Cerrahisinde Yumuşak Doku Rekonstrüksiyonu Uygunlanan Hastanın Bakımında Yaşam Modelinin Kullanılması: Olgu Sunumu, 26.Ulusal Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi 2016. ( Poster Bildiri ).
5. Dorethea E. Orem'in Özbakım Teorisine Göre; Serbest Vaskülarize Fibula Grefti Uygunlanan Hastanın Bakımı, 26.Ulusal Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi 2016. ( Poster Bildiri ).
6. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğindeki 2015 yılı Hasta Profiline İncelenmesi, 26.Ulusal Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi 2016. ( Poster Bildiri ).

#### Gönüllü Katıldığı Sağlık Organizasyonları

Yıl	Organizasyon
2012	Özbekistan Yarı Damak ve Dudak Ameliyatları Sağlık Organizasyonu
2013	Azərbaycan (Qax) Plastik Cerrahi Ameliyatları Sağlık Organizasyonu
2015	16. Nijer Sağlık Sağlık Organizasyonları Göz Ameliyatları
2016	1.Uganda Sağlık Organizasyonları Cerrahi ve Sünnet Ameliyatları
2017	21. Nijer Sağlık Organizasyonları Göz Ameliyatları
2019	25. Nijer Sağlık Organizasyonları Göz Ameliyatları