



KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

SABE

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKODİNAMİK HEMŞİRELİK KURAMINA
DAYALI HİBRİT EĞİTİMİN MASTEKTOMİ
GEÇİREN KADINLARIN BEDEN DEĞERİ,
SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI VE CİNSEL
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

EMİNE SARI

TRABZON - HAZİRAN 2026

DOKTORA TEZİ



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PSİKODİNAMİK HEMŞİRELİK KURAMINA DAYALI
HİBRİT EĞİTİMİN MASTEKTOMİ GEÇİREN
KADINLARIN BEDEN DEĞERİ, SOSYAL GÖRÜNÜŞ
KAYGISI VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Emine SARI

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

TRABZON-2026

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, üretken yapay zeka araçlarını Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Faaliyetlerinde Üretken Yapay Zekâ Kullanımına Dair Etik Rehber'ine uygun kullandığımı, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

29.06.2026

Emine SARI

İthaf

Bu doktora tezini, kanser nedeniyle kaybettiğim sevgili anneme ve çalışma sürecinde gönüllü olarak eğitimlere katılarak araştırmanın tamamlanmasına katkı sağlayan, bu süreçte aile gibi olduğumuz güçlü kadınlara ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu doktora tezinin gerçekleştirilmesinde bilgi, deneyim ve değerli katkılarıyla her aşamada yol gösteren danışmanım Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ'a içten teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma süresince önerileri ile yol gösterici olan tez izleme komitesi üyelerim Prof. Dr. Rezzan ALİYAZICIOĞLU ve Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma sürecim boyunca desteğini, sabrını ve anlayışını her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşim Öğr. Gör. Ertuğrul SARI'ya; varlıklarıyla bana güç veren biricik çocuklarım Elif Masal ve Salih Egemen'e sonsuz teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmaya gönüllü olarak katılan, eğitimlere düzenli devam eden ve destekleriyle bu sürecin tamamlanmasına katkı sağlayan güçlü kadınlara içtenlikle teşekkür ederim.

Emine SARI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Meme Kanseri	4
2.1.1. Memenin Anatomik Yapısı	4
2.1.2. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi	5
2.1.3. Meme Kanserinde Risk Faktörleri	6
2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	7
2.1.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri	8
2.1.4. Meme Kanserinde Tanı ve Tarama Yöntemleri	9
2.1.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	10
2.1.4.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)	14
2.1.4.3. Mamografi	14
2.1.4.4. Meme Ultrasonu (US)	15
2.1.4.5. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)	15
2.1.4.6. Manyetik Rezonans (MR)	15
2.1.4.7. Meme Biyopsisi	15
2.1.5. Meme Kanserinde Tedavi Yaklaşımları	15
2.1.5.1. Cerrahi Tedavi (Mastektomi, Meme koruyucu cerrahi)	16
2.1.5.2. Kemoterapi	16

2.1.5.3. Radyoterapi	16
2.2. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Süreç	17
2.2.1. Mastektominin Tanımı ve Türleri	17
2.2.2. Mastektominin Kadın Üzerindeki Fiziksel ve Psikososyal Etkileri	18
2.3. Mastektomi Hastalarında Beden Değeri	19
2.4. Mastektomi Hastalarında Sosyal Görünüş Kaygısı	20
2.5. Mastektomi Hastalarında Cinsel Yaşam Kalitesi	21
2.6. Hibrit (Web + Yüz Yüze) Eğitim Modeli ve Hasta Eğitiminde Kullanımı	22
2.6.1. Hibrit Eğitimin Tanımı ve Modelleri	22
2.6.2. Hibrit Eğitimin Avantajları	23
2.6.3. Hibrit Eğitimin Hasta Eğitimindeki Yeri	24
2.7. Psikodinamik Hemşirelik Kuramı	25
2.7.1. Peplau'nun Psikodinamik Hemşirelik Kuramı	26
2.7.2. Psikodinamik Hemşirelik Kuramının Yetişkin Eğitiminde Kullanımı	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	36
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri	36
3.5. Veri Toplama Araçları	36
3.6. Verilerin Toplanması	38
3.6.1. Mastektomi Sonrası Standart Bilgilendirme Broşürünün Oluşturulması ve Uygulanması	38
3.6.2. Psikodinamik Hemşirelik Kuramı Temelli Hibrit Eğitim İçeriğinin Oluşturulması ve Uygulanması	38
3.6.3 Kontrol Grubu Uygulama Basamakları	46
3.7. Verilerin Analizi	49
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	50
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	50
4. BULGULAR	51
5. TARTIŞMA	58

5.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	58
5.2. Beden Değerine İlişkin Bulguların Tartışılması	59
5.3. Sosyal Görünüş Kaygısına İlişkin Bulguların Tartışılması	61
5.4. Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması	62
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR	67
EKLER	85
Ek 1. Sosyodemografik Özellikler Formu	86
Ek 2. Beden Değeri Ölçeği-2	87
Ek 3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	88
Ek 4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın	89
Ek 5. Standart Bilgilendirme Broşürü	90
Ek 6. DISCERN Değerlendirme Aracı	91
Ek 7. Transkript	92
Ek 8. Grup Terapisi Eğitim Danışmanlığı Sertifikası	93
Ek 9. Etik Kurul İzni	94
Ek 10. Kurum İzni	97
Ek 12. Ölçek Kullanım İzinleri	99
Ek 13. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı Öğrencisinin Tezini Teslim Edebilme Koşulunu Sağladığına Dair Belge	100
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Meme kanseri risk faktörleri	7
Tablo 2. Sağlık Bakanlığı ulusal meme kanseri tarama programı	14
Tablo 3. Bilgilendirme broşürü ve eğitim sunumunun DISCERN değerlendirme sonuçları	39
Tablo 4. Eğitim uygulama rehberi	47
Tablo 5. Normal dağılım tablosu	49
Tablo 6. Tanımlayıcı özellikler	52
Tablo 7. Beden Değeri Ölçeği-2 puanlarının gruba göre farklılaşma durumu	53
Tablo 8. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanlarının gruba göre farklılaşma durumu	55
Tablo 9. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın puanlarının gruba göre farklılaşma durumu	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Memenin anatomisi	4
Şekil 2. Dünyada kadınlarda meme kanseri insidansı	5
Şekil 3. Türkiye’de kadınlarda meme kanseri insidansı	6
Şekil 4. Kollar yanlarda gözle yapılan meme muayenesi	11
Şekil 5. Kollar yukarda gözle yapılan meme muayenesi	11
Şekil 6. Kollar belde ve vücut öne eğilerek gözle yapılan meme muayenesi	11
Şekil 7. Elle yapılan meme muayenesi	12
Şekil 8. Dairesel, paralel ve ışınsal tarzda meme muayenesi	12
Şekil 9. Duşta yapılan elle meme muayenesi	13
Şekil 10. Yatarak yapılan elle meme muayenesi	13
Şekil 11. Çalışmanın CONSORT akış diyagramı	35
Şekil 12. Çalışma iş akışı	48
Şekil 13. Beden Değeri Ölçeği-2 puanlarının zamana göre değişimi	54
Şekil 14. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanlarının zamana göre değişimi	56
Şekil 15. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın puanlarının zamana göre değişimi	57

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ACS	American Cancer Society
BDÖ-2	Beden Değeri -2 Ölçeği
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
CYKÖ-K	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın
DEHB	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
DISCERN	Quality Criteria for Consumer Health Information
GLOBOCAN	The Global Cancer Observatory
HRT	Hormonal replasman tedavisi
KKM	Klinik meme muayenesi
KKMM	Kendi kendine meme muayenesi
MEMEDER	Meme Sağlığı Derneği
MRI	Manyetik rezonans görüntüleme
MR	Manyetik rezonans
PET	Pozitron emisyon tomografisi
SGKÖ	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
US	Ultrasonografi
ZOOM	Zoom Communications, Inc.

Simgeler

η^2	Kısmi eta kare etki büyüklüğü
%	Yüzde

ÖZET

Psikodinamik Hemşirelik Kuramına Dayalı Hibrit Eğitimin Mastektomi Geçiren Kadınların Beden Değeri, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Mastektomi, meme kanseri tedavisinde sıklıkla uygulanan bir cerrahi girişimdir ve kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışma psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit (çevrimiçi + yüz yüze) grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla ön test–son test randomize kontrollü deneysel tasarımda yürütülmüştür. Güç analizi sonucunda belirlenen 69 kadın randomizasyon ile girişim (n=34) ve kontrol (n=35) gruplarına ayrılmıştır. Veriler Sosyodemografik Özellikler Formu, Beden Değeri Ölçeği-2, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın kullanılarak toplanmıştır. Her iki gruba ön test uygulaması sonrasında araştırmacı tarafından hazırlanan standart bilgilendirme broşürü verilmiştir. Girişim grubuna ise üç aylık süreçte dokuz çevrimiçi ve üç yüz yüze olmak üzere toplam 12 oturumdan oluşan hibrit eğitim programı uygulanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare analizi, bağımsız gruplar t-testi, tekrarlı ölçümler ANOVA kullanılmıştır. Çalışma bulgularına göre, girişim grubunun Beden Değeri Ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t=5.199, p<0.001, d=1.252$); kalıcılık ölçümünde de bu farkın sürdüğü saptanmıştır ($t=6.251, p<0.001, d=1.505$). Girişim grubunun Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t=-3.243, p=0.002, d=0.781$) ve kalıcılık ölçümünde de benzer sonuç elde edilmiştir ($t=-2.125, p=0.037, d=0.512$). Girişim grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t=2.871, p=0.006, d=0.691$); kalıcılık ölçümünde bu farkın arttığı belirlenmiştir ($t=4.504, p<0.001, d=1.085$). Sonuç olarak, psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların beden değeri ve cinsel yaşam kalitesini artırdığı, sosyal görünüş kaygısını azalttığı ve bu etkinin zaman içinde devam ettiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda, hibrit eğitimlerin onkoloji bakımına entegre edilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Hibrit eğitim, Kuram, Mastektomi, Web tabanlı

ABSTRACT

The Effect of Hybrid Education Based on Psychodynamic Nursing Theory on Body Value, Social Appearance Anxiety and Sexual Quality of Life of Women Undergoing Mastectomy

Breast cancer is the most commonly diagnosed cancer among women. Mastectomy is a frequently performed surgical procedure in the treatment of breast cancer and negatively impacts women's physical, psychological, and social lives. This study was conducted using a pretest–posttest randomized controlled experimental design to examine the effects of hybrid (online and face-to-face) group education based on psychodynamic nursing theory on body value, social appearance anxiety, and sexual quality of life in women undergoing mastectomy. A total of 69 women, as determined by power analysis, were randomly assigned to the intervention (n=34) and control (n=35) groups. Data were collected using the Sociodemographic Characteristics Form, the Body Value Scale-2, the Social Appearance Anxiety Scale, and the Sexual Quality of Life Scale–Female. Both groups were given a standard information brochure prepared by the researcher after a pre-test. The intervention group, however, received a hybrid training program consisting of a total of 12 sessions over a three-month period: nine online and three in person. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square analysis, independent samples t-test, and repeated measures ANOVA. According to the study findings, the mean Body Value Scale score of the intervention group was significantly higher than that of the control group ($t=5.199$, $p<0.001$, $d=1.252$); this difference was also found to persist in the persistence measurement ($t=6.251$, $p<0.001$, $d=1.505$). The mean Social Appearance Anxiety Scale score of the intervention group was significantly lower than that of the control group ($t=-3.243$, $p=0.002$, $d=0.781$), and a similar result was obtained in the persistence measurement ($t=-2.125$, $p=0.037$, $d=0.512$). The mean Sexual Quality of Life Scale score of the intervention group was significantly higher than that of the control group ($t=2.871$, $p=0.006$, $d=0.691$), in the persistence measurement, this difference was found to increase ($t=4.504$, $p<0.001$, $d=1.085$). In conclusion, it was determined that hybrid group training based on psychodynamic nursing theory increased body value and quality of sexual life in women who underwent mastectomy, reduced social appearance anxiety, and that this effect continued over time. Accordingly, it is recommended that hybrid training be integrated into and widespread in oncology care.

Keywords: Hybrid education, Mastectomy, Nurse, Theory, Web-based

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri, günümüzde kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olup hem dünya genelinde hem de ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Küresel veriler, meme kanserinin görülme sıklığının giderek arttığını ve kadınlarda kanserle ilişkili ölümlerin başlıca nedenlerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır (1, 2). The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2022 verilerine göre Dünyada yaklaşık 2.3 milyon yeni vaka ile tüm kanserlerin %23.8'ini oluşturan meme kanserinin, 2050 yılına kadar daha da artış göstermesi beklenmektedir (3). Türkiye’de de meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olup, 25 249 yeni vaka ile tüm kanserlerin %23.5'ini oluşturarak önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (4).

Meme kanserinin tedavisinde cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi gibi multidisipliner yaklaşımlar kullanılmakta olup, cerrahi tedavi yöntemleri arasında yer alan mastektomi, hastalığın kontrol altına alınmasında önemli bir yer tutmaktadır (5, 6). Mastektomi, memenin tamamının ya da bir kısmının cerrahi olarak çıkarılması işlemidir ve her ne kadar yaşam süresini uzatmada etkili olsa da kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamları üzerinde önemli etkiler oluşturmaktadır (7, 8).

Mastektomi sonrası dönemde kadınlar; ağrı, lenfödem, hareket kısıtlılığı ve duyuşal değişiklikler gibi fiziksel sorunların yanı sıra, beden algısında bozulma, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon ve cinsel yaşamda değişiklikler gibi psikososyal sorunlar da yaşayabilmektedir (9, 10). Meme, kadınlık kimliğinin, anneliğin ve cinselliğin önemli bir sembolü olduğundan, bu organın kaybı kadınların beden değeri algısını doğrudan etkileyebilmektedir (11). Bu durum, bireyin kendine yönelik değerlendirmelerini içeren beden değeri kavramının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir.

Beden değeriindeki bu değişim, kadınların sosyal yaşamlarını da etkileyerek sosyal görünüş kaygısının artmasına yol açabilmektedir. Sosyal görünüş kaygısı, bireyin fiziksel görünümünün başkaları tarafından nasıl değerlendirileceğine ilişkin duyduğu endişe olarak tanımlanmakta olup, özellikle mastektomi sonrası dönemde belirgin hale gelmektedir. Kadınlar, bedenlerindeki değişim nedeniyle sosyal ortamlardan kaçınma, kendilerini gizleme ya da farklı davranışlar sergileme eğilimi gösterebilmektedir (12). Bu durum yalnızca sosyal uyumu ve yaşam kalitesini etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda kadınların cinsel yaşam kalitesinde de azalmaya yol açabilmektedir.

Mastektomi sonrası yaşanan bir diğer önemli sorun alanı ise cinsel yaşam kalitesidir. Cerrahi müdahale, hormonal değişiklikler, beden algısındaki bozulma ve psikolojik etkiler, kadınların cinsel yaşamlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Literatürde, mastektomi geçiren kadınların cinsel istekte azalma, cinsel tatminde düşüş ve partner ilişkilerinde zorlanma yaşadıkları belirtilmektedir (13–15). Bu durum, bireyin genel yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu kapsamda, mastektomi sonrası dönemde yalnızca fiziksel iyileşmeye odaklanmak yeterli olmayıp, bireyin psikososyal gereksinimlerinin de bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Hemşireler, hasta eğitimi, danışmanlık ve psikososyal destek rolleri ile bu süreçte önemli bir konuma sahiptir. Hasta eğitimi, bireyin hastalığına uyum sağlamasını ve baş etme becerilerini geliştirmesini destekleyen sistematik bir süreçtir (16). Ancak geleneksel eğitim yaklaşımlarının her zaman yeterli olmadığı ve özellikle kronik hastalıklarda daha esnek ve erişilebilir eğitim modellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu noktada hibrit eğitim modelleri, yüz yüze ve çevrimiçi öğrenme yöntemlerini bir araya getirerek hasta eğitiminde yenilikçi bir yaklaşım sunmaktadır. Hibrit eğitim, bireylerin bilgiye erişimini kolaylaştırmakta, öğrenme sürecini esnek hale getirmekte ve hasta katılımını artırmaktadır. Özellikle uzun süreli izlem gerektiren durumlarda, bireylerin eğitim sürecine aktif katılımını desteklemesi açısından önemli avantajlar sağlamaktadır. Bununla birlikte, literatürde hibrit eğitim programlarının nasıl yapılandırılması gerektiğine ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunması, bu alanda bir boşluğa işaret etmektedir (17).

Hasta eğitiminin etkinliğini artırmada kuramsal temelli yaklaşımlar önemli bir rol oynamaktadır. Psikodinamik Hemşirelik Kuramı, bireyin duygusal süreçlerini, kişilerarası ilişkilerini ve deneyimlerini merkeze alarak hasta bakımına bütüncül bir bakış açısı kazandırmaktadır. Peplau tarafından geliştirilen bu kuramda, hemşire-hasta ilişkisi oryantasyon, tanımlama, yararlanma ve çözülme olmak üzere dört aşamada ele alınmakta ve bu aşamalar hasta eğitimi süreci ile büyük ölçüde örtüşmektedir (18, 19). Ayrıca kuramda tanımlanan hemşire rolleri, eğitim sürecinin farklı aşamalarında rehberlik edici bir yapı sunmaktadır (20).

Bu doğrultuda, psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı olarak yapılandırılmış hibrit eğitim programlarının, mastektomi geçiren kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceği düşünülmektedir. Ancak bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı olması, konunun araştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Bu araştırmanın amacı, psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit eğitimin mastektomi geçiren kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir. Elde edilen bulguların, hemşirelik bakımının geliştirilmesine, hasta eğitim programlarının yapılandırılmasına ve mastektomi sonrası bakım süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezler aşağıda sunulmuştur:

H₁: Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı uygulanan hibrit grup eğitimi mastektomi geçirmiş kadınların beden değeri ölçeği puanlarını kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artırır.

H₂: Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı uygulanan hibrit grup eğitimi mastektomi geçirmiş kadınların sosyal görünüş kaygısı ölçeği puanlarını kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azaltır.

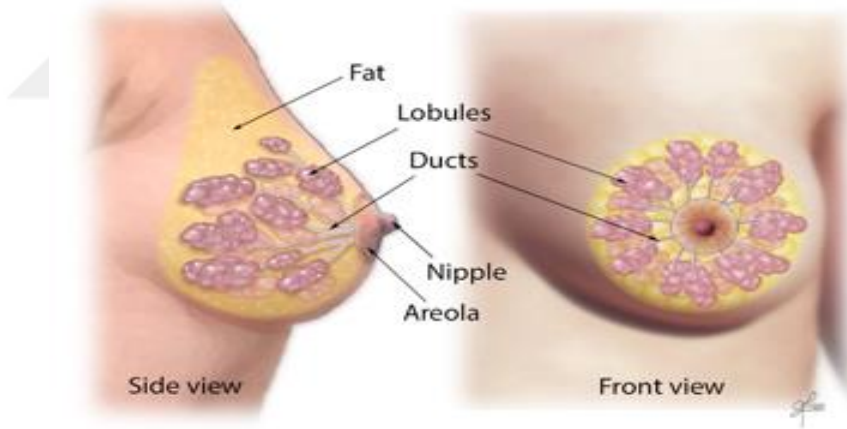
H₃: Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı uygulanan hibrit grup eğitimi mastektomi geçirmiş kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanlarını kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

2.1.1. Memenin Anatomik Yapısı

Meme, kadınlarda süt üretimi için farklılaşmış tubuloalveolar bir ter bezi olup, hem fonksiyonel hem de yapısal açıdan karmaşık bir organizasyona sahiptir. Lobül sistemi süt üretiminden sorumlu iken, duktus sistemi üretilen sütü meme başına ileten bir kanal ağı oluşturur. Memenin şeklini ve yapısını; yağ dokusu, bağ dokusu, deri, zengin kanlanma, sinirler ve lenfatik yapı belirler (21). Anatomik olarak memeler, ikinci ve altıncı kosta arasında, pektoralis major ve minör kasları üzerinde yer alan iki yarım küre şeklinde organdır ve her bir meme bezi yaklaşık 15–20 alveolden oluşan loblar içerir (22). Meme, kadın vücudunun ayırt edici bir parçası olup hacim, genişlik, uzunluk, çıkıntı, yoğunluk, bileşim, şekil ve göğüs duvarındaki yerleşim açısından önemli anatomik varyasyonlar gösterebilir (23).



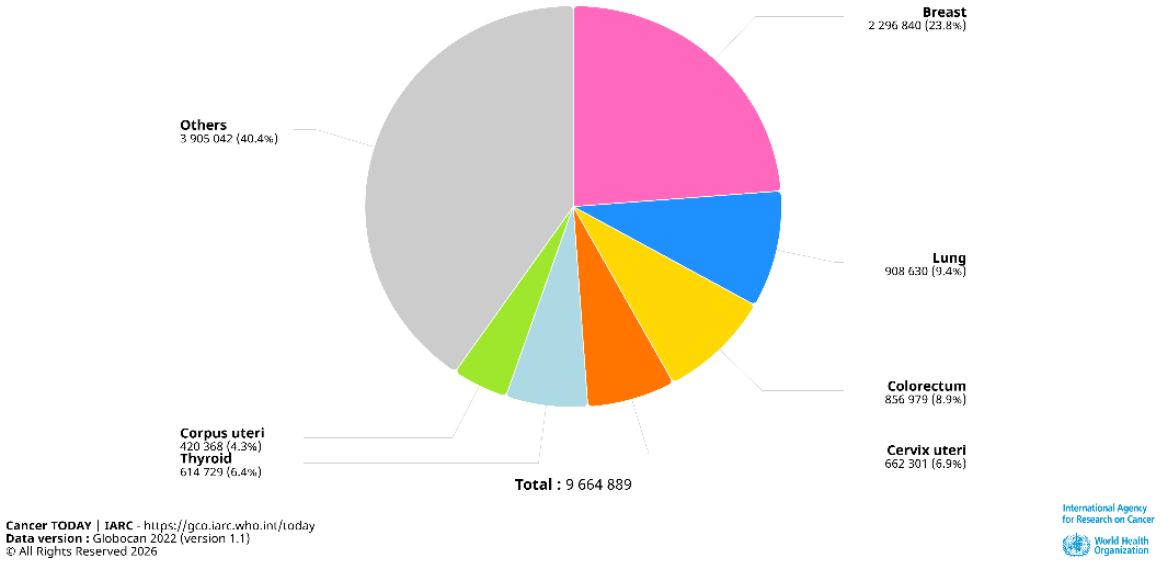
Şekil 1. Memenin anatomisi (Cleveland Clinic'den, 24)

Meme kanseri genellikle terminal duktus ile lobül birleşme yerindeki epitelden kaynaklanan bir adenokarsinomdur; süt kanallarında gelişen kanser hücreleri ilerleyerek bağ dokusuna yayılabilir ve daha ileri evrelerde kan damarları ile lenfatik sistem aracılığıyla metastaz yapabilir(25, 26).

2.1.2. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi

Meme kanseri günümüzde kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, dünya genelinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Kanserle ilgili ölümler arasında ikinci sırada yer almakta ve her yıl teşhis edilen vaka sayısı giderek artmaktadır (1). GLOBOCAN (4) 2022 verilerine göre, kadınlarda meme kanseri yaklaşık 2.3 milyon yeni vaka ile dünya genelindeki tüm kanser vakalarının %23.8'ini oluşturmaktadır (Şekil 2). Bu durum, erken tanısı mümkün olan meme kanserini önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir. Kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının 2050 yılına kadar yılda yaklaşık 3.5 milyon yeni olguya ulaşmasının beklendiği öngörülmektedir (3). Bu sonuç kadınlarda en yaygın teşhis edilen kanser türü olan meme kanserinin, aynı zamanda kanserle ilişkili ölümlerin başlıca nedenlerinden biri olmaya devam edeceğini göstermektedir (2).

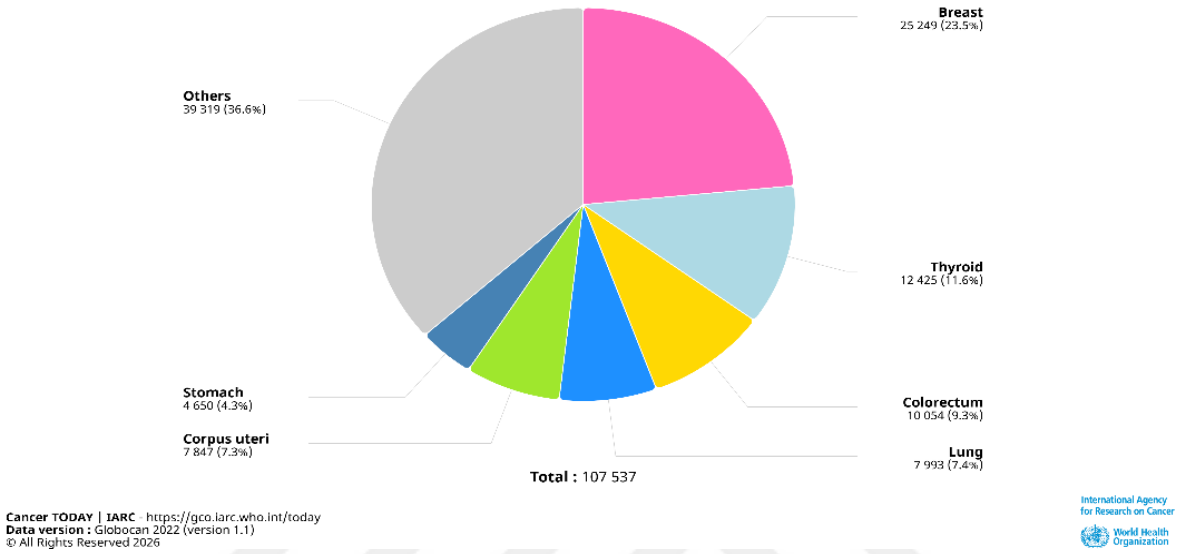
Absolute numbers, Incidence, Females, in 2022
Continents



Şekil 2. Dünyada kadınlarda meme kanseri insidansı (GLOBACAN'dan, 4)

GLOBACAN 2022 verilerine göre ülkemizde meme kanseri 25 249 yeni vaka ile tüm kanserlerin %23.5 ini oluşturmaktadır.

Absolute numbers, Incidence, Females, in 2022
Türkiye



Şekil 3. Türkiye’de kadınlarda meme kanseri insidansı (GLOBACAN’dan, 4)

2.1.3. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Meme kanserinin oluşum nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, gelişiminde birçok demografik, biyolojik ve çevresel risk faktörünün etkili olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda yaş, ırk ve cinsiyet gibi demografik özellikler; menarş yaşı, menopoz yaşı, hormon replasman tedavisi, abortus, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı, laktasyon ve infertilite gibi reproduktif öykü; ayrıca obezite, alkol ve sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve radyasyona maruz kalma gibi genetik ve çevresel faktörler meme kanseri riskini etkileyen başlıca unsurlar arasında yer almaktadır (27, 28). Meme kanseri multifaktöriyel bir hastalık olup nedeninin tek bir etkene bağlı olmadığı ya da kesin olarak bilinmediği ifade edilmekte ve risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilir olarak iki grupta incelenmektedir (26, 29) (Tablo 1).

Tablo 1. Meme kanseri risk faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilen Risk Faktörleri
Kadın Cinsiyet	Hormonal replasman tedavisi
İleri Yaş	Fiziksel aktivite
Ailede kanser öyküsü (meme ya da rahim)	Obezite
Genetik Mutasyonlar	Alkol alımı
Etnik Köken	Sigara kullanımı
Hamilelik ve emzirme	Yetersiz vitamin desteği
Menstruasyon ve menopoz	İlaçlar
Meme dokusu yoğunluğu	Kimyasallara maruziyet
Non-kanseröz meme hastalıkları	
Önceden meme kanseri öyküsü	
Öncesinde radyoterapi öyküsü	

2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Kadın Cinsiyet: Kadın olmak, meme kanseri için belirleyici bir faktördür. Meme kanseri erkeklerde de görülebilir, ancak kadınların meme kanserine yakalanma riski erkeklere göre 100 kat daha fazladır (30). Kadınların meme hücreleri endojen seks hormonları olan östrojen ve progesteron seviyelerindeki değişime karşı çok hassastır. Özellikle bu hormonların menopoz öncesi ve sonrası fizyolojik değişimi meme kanseri riskini artırmaktadır (29).

İleri Yaş: Meme kanseri vakalarının çoğu 50 yaş üstü kadınlarda teşhis edilir ve meme kanseri olma olasılığı yaşla birlikte artar (31). Günümüzde meme kanserli hastaların yaklaşık %80'i 50 yaş üstü, %40'tan fazlası ise 65 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır (29).

Ailede Kanser Öyküsü: Ailesinde meme kanseri tanısı alan kadınların, hastalığa yakalanma riski daha yüksektir. Bir kadının birinci derece akrabalarından birinde (anne, kız kardeş veya kız çocuğu) meme kanseri öyküsünün bulunması, meme kanseri riskini yaklaşık iki kat artırırken; iki birinci derece akrabasında meme kanseri bulunması bu riski yaklaşık üç kat artırmaktadır (31).

Genetik Mutasyonlar: Kansere yönelik genetik yatkınlıkla ilişkilendirilen bu genler, DNA onarım mekanizmalarında rol oynamakta ve kalıtsal bozukluk durumunda ya da hasara uğradıklarında kanser oluşma riski artmaktadır. Genetik alanında en bilinen BRCA1/BRCA2, TP53 ve PTEN genleri ile STK11, CDH1, RAD51D, RAD51C genlerinde meydana gelen mutasyonun meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir (32).

Etnik Köken: Beyaz ırkta meme kanseri sıklığı ve mortalite oranları, siyah tenli bireylere kıyasla daha yüksektir. Bu etnik farklılıkların, büyük oranda yaşam tarzı ve sosyoekonomik faktörlerden kaynaklandığı öngörülmektedir (33).

Hamilelik ve Emzirme: İlk gebelik ve ardından artan sayıda doğum, meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca gebeliğin kendisi olası kansere karşı koruyucu etkiler sağlamaktadır. Hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskini az da olsa artırır, doğum sayısı arttıkça meme kanseri riski azalır (29, 34). Emzirmenin, özellikle 1.5–2 yıl süreyle devam ettirilmesi durumunda, meme kanseri riskini bir miktar azaltabileceği düşünülmektedir. Bu etkinin olası nedenlerinden biri, emzirmenin kadının yaşam boyu maruz kaldığı toplam adet döngüsü sayısını azaltmasıdır (31).

Menstruasyon ve Menopoz: Menstrüasyonun erken başlaması veya menopozun geç başlaması hormonal faktörlerin etkisiyle meme kanseri riskini artırabilmektedir. Elli beş yaşından sonra menopoza giren kadınların riskinin, daha erken yaşta menopoza girenlere göre iki kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (29).

Meme Dokusu Yoğunluğu: Epidemiyolojik araştırmalarda, mamografik olarak yoğun meme yapısına sahip kadınlarda meme kanseri riski 1.5-2 kat daha artmış olarak bulunmuştur (31, 35).

Non-Kanseröz Meme Hastalıkları: Benign meme değişiklikleri, geniş bir patolojik yelpazeye sahiptir. Özellikle doku düzeyinde atipiler içeren proliferatif meme lezyonları, meme kanseri risk faktörleri arasında yer alırlar; hem non-invaziv hem de invaziv meme kanseri için potansiyel bir tehlike oluşturabilirler (31).

Önceden Meme Kanseri Öyküsü: Bireye meme kanseri tanısı konulmuş olması, ileride diğer memede de kanser görülme riskini arttırmaktadır (36, 37). Meme kanserinden kurtulan kişilerin yaklaşık %5'inin yeniden meme kanserine yakalanacağı ve bu kanserlerin %70'inin diğer memede meydana geleceği öngörülmektedir (26).

Öncesinde Radyoterapi Öyküsü: Memelerine 30 yaşından önce radyasyon tedavisi (örneğin Hodgkin lenfoma tedavisi) uygulanan kadınların ilerleyen yaşlarda meme kanserine yakalanma riski daha yüksektir (31).

2.1.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Hormonal Replasman Tedavisi (HRT): Menopozdan sonra kombine hormon tedavisi kullanımı özellikle 4 yıl ve üzeri kullanımla birlikte meme kanseri riskini

arttırmaktadır (26, 37). Araştırmalar, HRT'nin meme kanseri riskinde küçük bir artışla bağlantılı olduğunu, riskin kullanım süresi uzadıkça arttığını ve kesildikten sonra düştüğünü göstermektedir (38).

Fiziksel Aktivite ve Obezite: Fiziksel aktivite ve egzersizin meme kanserine yönelik risk düzeyine etkisi konusunda çeşitli mekanizmalardan bahsedilmektedir. Egzersiz menarşi geciktirerek menstrual döngü sayısını dolayısıyla salgılanan östrojen miktarını azaltmakla birlikte dolaşımda bulunan serbest östrojen miktarının düşüşünü sağlamakta ve bu mekanizmalar sonucunda meme kanseri riskini azaltmaktadır (26, 39). Fazla kilo veya obezite ile birlikte özellikle bel çevresi ile karın bölgesindeki yağlanma miktarı artmaktadır ve vücuttaki yağ dokusunda artışla birlikte östrojen seviyeleri artmaktadır. Östrojen seviyesindeki yükselme meme kanseri açısından bir risk oluşturmaktadır (40).

Alkol ve Sigara Kullanımı: Alkol tüketimi meme kanseri riskinin artması ile ilişkili olup bu risk tüketilen alkol miktarı ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Amerikan Kanser Derneği (ACS)'ne göre her gün bir adet alkollü içecek tüketen kadınlarda, tüketmeyenlere kıyasla ortalama %7-10, her gün iki adet alkollü içecek tüketen kadınlarda ise meme kanseri riskinin %20 arttığını söylemektedir (26). Sigara kullanmaya ilk başlama yaşı, maruziyet süresi, ilk gebelikten önce sigara kullanmaya başlamış olmak meme kanserine yakalanma risk düzeyini arttırmaktadır (26).

İlaçlar: Oral kontraseptif kullanımı meme kanseri gelişme riskini arttıran bir faktördür (26). Asya, Afrika ve Kuzey Amerika'daki çeşitli ülkelerden meme kanserli 6 811 kadını içeren bir meta-analizde oral kontraseptif kullanan kadınların, kullanmayanlara göre 1.82 kat daha fazla meme kanseri geliştirme riskine sahip olduğu bulunmuştur (41).

Kimyasallara Maruziyet: Plastikler, bakım ürünleri, kozmetik ürünler ve östrojen benzeri özelliklere sahip maddeler endokrin bozucular olarak bilinir ve östrojenik etkiler gösterdiğinden dolayı meme kanseri riskini artırmasıyla ilişkilendirilmiştir (42, 43).

2.1.4. Meme Kanseri Tanı ve Tarama Yöntemleri

Meme kanseri çoğu zaman uzun bir gelişim süreci gösteren bir hastalık olup, en sık karşılaşılan erken bulgusu memede ele gelen kitledir. Bununla birlikte bazı olgularda deri irritasyonu, meme dokusunda portakal kabuğu görünümüne benzer çukurlaşmalar, belirgin bir kitle hissedilmeksizin memenin tamamında ya da bir bölümünde şişlik, meme başında içe doğru çekilme, meme veya meme ucunda ağrı, meme derisinde ya da meme başında

kalınlaşma ve pullanma, kızarıklık ile meme başından akıntı gibi belirtiler de ortaya çıkabilmektedir (26, 44). Ancak söz konusu belirtiler yalnızca meme kanserine özgü olmayıp farklı sağlık sorunlarından da kaynaklanabileceğinden, kesin nedenin belirlenebilmesi için kadınların bir sağlık profesyoneline başvurması önem taşımaktadır (45).

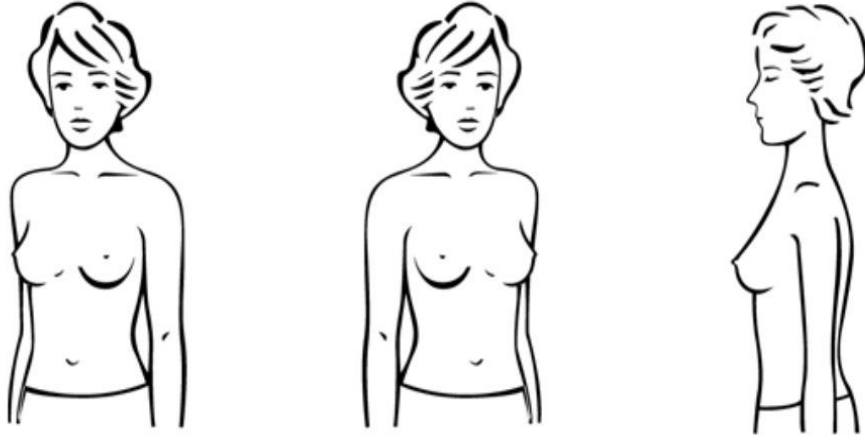
Meme kanserinin erken dönemde saptanabilmesinde, bireylerin memede meydana gelebilecek değişiklikler konusunda bilinçli olması, kendi kendine meme muayenesi hakkında farkındalık kazanması ve düzenli tarama programlarına katılması temel unsurlar arasında yer almaktadır (46). Hastalığın erken evrede tanınması, uygulanan tedavilerin etkinliğini artırmakta ve hastaların yaşam süresini artırmaktadır (47). Gelişmiş ülkelerde erken tanı yöntemlerinin yaygın biçimde kullanılması sayesinde meme kanseri hastalarında beş yıllık sağkalım oranlarının yaklaşık %90–95 düzeyine ulaştığı bildirilmektedir (48).

Meme kanseri taramalarında meme palpasyonu yöntemlerinden kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve klinik meme muayenesi (KMM) yapılırken, mamografi, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi görüntüleme teknikleri de kullanılabilir (49).

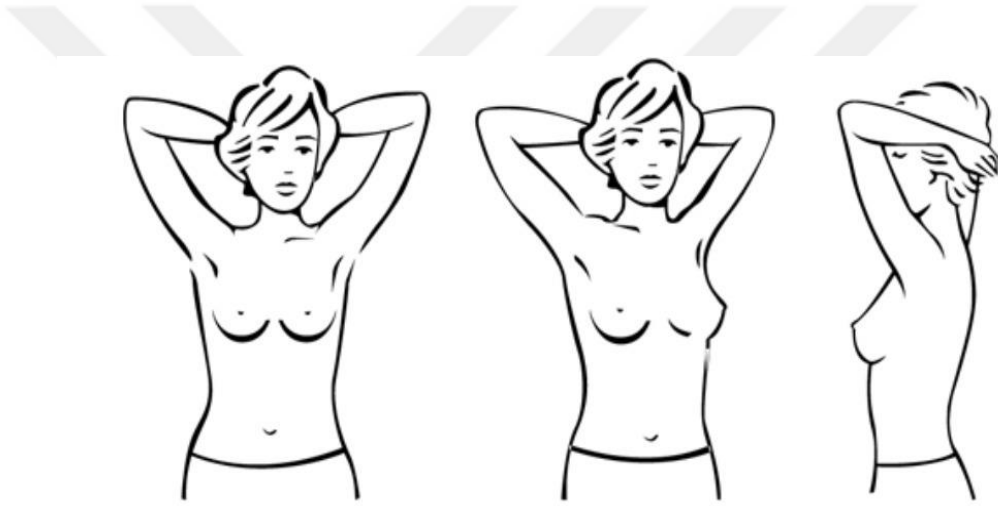
2.1.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Meme kanserini erken belirlemeye yardımcı olan, hasta merkezli, ucuz ve herhangi bir girişim gerektirmeyen bir yöntemdir. Kadınların göğüslerini gözlemleyerek ve palpe ederek olası anormal değişimleri tespit etmelerine yardımcı olan bir süreçtir. KKMM, 20 yaş ve üstü kadınlarda menstruasyon döngüsünün 7-10. günleri arasında yaklaşık 20 dakikalık bir sürelerini ayırarak yapmaları önerilmektedir (50). KKMM'nin amacı, göğüslerin normal görünümüne ve hissine aşına olarak herhangi bir değişiklik veya anormalliği tespit etmeyi kolaylaştırmaktır (51). KKMM yararlı bir yöntem olsa da kapsamlı meme kanseri taraması ve erken teşhis için düzenli tıbbi bakım ve mamografi gibi diğer tarama yöntemleriyle birleştirilmesi önemlidir (52). KKMM üç adımda yapılmalıdır (53):

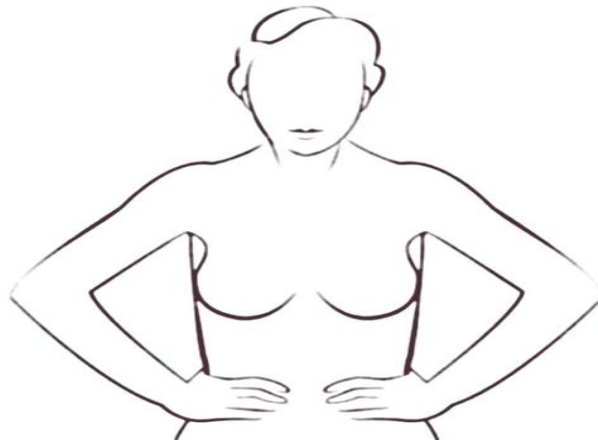
- **Gözle yapılan meme muayenesi;** Kollar yanlarda serbest şekilde (Şekil 4), kollar yukarda (Şekil 5) ve kollar belde vücut öne eğilmiş halde (Şekil 6) memeler görsel olarak değerlendirilmeli; memelerin konturunda veya şeklinde değişiklik, çukurlaşma, şişlik, meme üzerinde ya da çevresinde cilt düzensizlikleri ve meme ucunda meydana gelen herhangi bir değişiklik açısından gözle dikkatli bir inceleme yapılmalıdır.



Şekil 4. Kollar yanlarda gözle yapılan meme muayenesi (MEMEDER'den, 53)

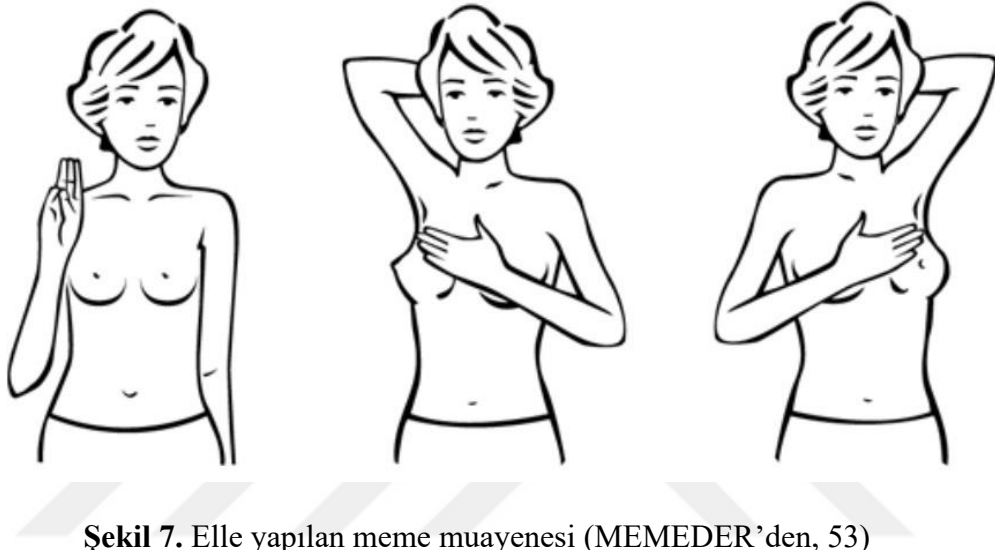


Şekil 5. Kollar yukarda gözle yapılan meme muayenesi (MEMEDER'den, 53)

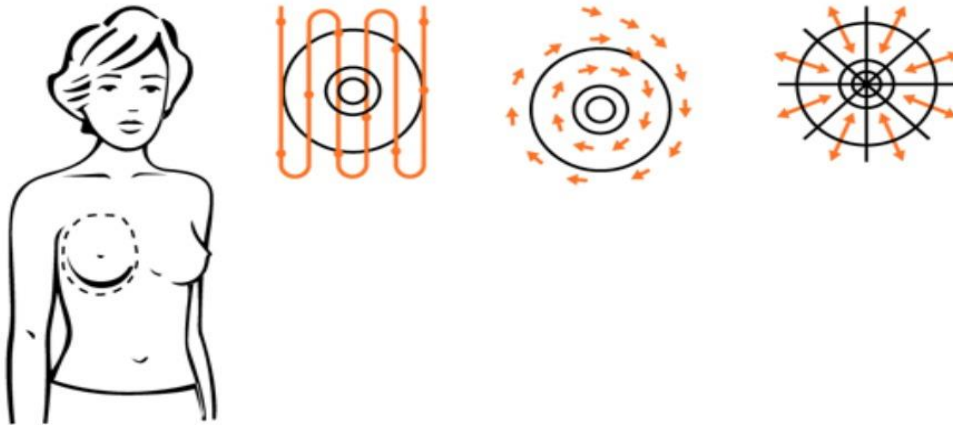


Şekil 6. Kollar belde ve vücut öne eğilerek gözle yapılan meme muayenesi (MEMEDER'den, 53)

- **Elle yapılan meme muayenesi;** Ayna karşısında veya duşta orta parmakların iç yüzeyleri kullanılarak hafif, orta ve derin basınç uygulanmak suretiyle tüm meme ve koltuk altı bölgesi sistematik olarak kontrol edilmelidir (Şekil 7, Şekil 8, Şekil 9). Her ay her iki memenin düzenli olarak değerlendirilmesiyle yeni oluşan şişlikler, kalınlaşmalar, sert nodüller veya diğer meme değişikliklerinin varlığı açısından dikkatli bir inceleme yapılmalıdır.



Şekil 7. Elle yapılan meme muayenesi (MEMEDER'den, 53)

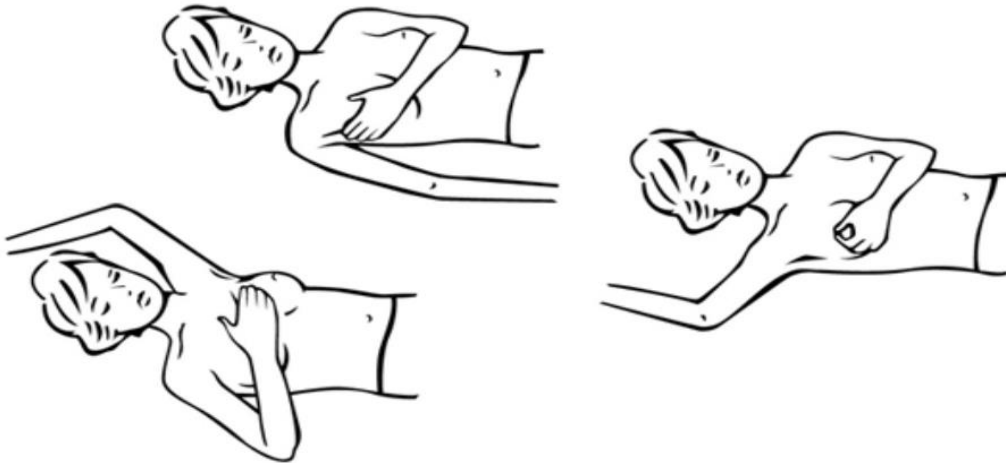


Şekil 8. Dairesel, paralel ve ışınsal tarzda meme muayenesi (MEMEDER'den, 53)



Şekil 9. Duşta yapılan elle meme muayenesi (MEMEDER'den, 53)

- **Yatarak yapılan elle meme muayenesi;** Yatar pozisyonda meme dokusu göğüs duvarı boyunca daha eşit şekilde yayıldığından, muayenenin bu pozisyonda yapılması önerilmektedir. Bu amaçla sağ omuz altına bir yastık yerleştirilip sağ kol başın arkasına alınmalı; sol el kullanılarak orta üç parmağın uçlarıyla sağ meme çevresi, tüm meme dokusunu ve koltuk altı bölgesini kapsayacak şekilde sistematik olarak palpe edilmelidir. Aynı işlem diğer meme için de tekrarlanmalıdır (Şekil 10).



Şekil 10. Yatarak yapılan elle meme muayenesi (MEMEDER'den, 53)

2.1.4.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Genellikle alanında uzman bir sağlık profesyoneli tarafından gerçekleştirilen ve memelerin yanı sıra koltuk altı bölgesinin fiziksel olarak değerlendirilmesini içeren bir muayene yöntemidir. Rutin tıbbi kontroller sırasında yapılan KMM'nin yılda bir kez uygulanması önerilmekte olup, bu süreçte bireylere meme kanseri farkındalığını artırmaya yönelik bilgilendirme de sağlanabilmektedir (54). Muayene; her iki memenin inspeksiyonu ve palpasyonu ile birlikte aksilla ve subklavikular bölgelerin değerlendirilmesini, ayrıca meme başı ve areolanın incelenmesini kapsamaktadır. Palpasyon sırasında meme dokusunda kitle, sertlik veya kalınlaşma gibi anormalliklerin varlığı araştırılır. KMM, iyi huylu ve kötü huylu meme hastalıklarının tanı ve izleminde önemli bir basamaktır (55).

2.1.4.3. Mamografi

Mamografi, meme kanseri başta olmak üzere meme hastalıklarının erken teşhisi ve tanısında kullanılan özel bir tıbbi görüntüleme yöntemi olup, hem semptom göstermeyen kadınlarda tarama amacıyla hem de meme anormalliği bulunan bireylerde tanı koyma amacıyla uygulanmaktadır. Bu yöntemde memeler, yalnızca meme dokusunu görüntülemek üzere tasarlanmış özel bir cihazda iki plaka arasında sıkıştırılarak düşük doz X-ışınları ile görüntülenmekte ve her meme için standart olarak iki farklı pozisyonda çekim yapılmaktadır (56). Mamografi taramaları, asemptomatik erken evre kanserlerin saptanmasını sağlayarak mortalitenin azaltılmasına katkıda bulunmakta; erken tanı sayesinde hastalığın prognozu iyileşmekte ve yaşam süresi uzamaktadır (57). Tarama mamografisi ile her 1000 mamografide 2-8 kanser tespit edilmektedir (58).

Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi taramaları sıklıkları Tablo 2'de verilmiştir (46).

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı ulusal meme kanseri tarama programı

Yöntem	Yaş Grubu	Sıklığı
KKMM	20 yaş ve zeri	Her ay 1 defa
KMM	20 yaş ve üzeri	2 yılda bir defa
	40–69 yaş arası	Yılda 1 defa
Mamografi	40–69 yaş arası	2 yılda 1 defa

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, KMM: Klinik meme muayenesi.

2.1.4.4. Meme Ultrasonu (US)

Mamografi veya fizik muayeneden elde edilen anormal bulguların değerlendirilmesini tamamlamak için kullanılmaktadır. Bu yöntem hem iyi huylu hem de kötü huylu meme kitlelerini karakterize etmek ve teşhise yardımcı olmak için önemlidir. Meme biyopsilerini yönlendirmek için yaygın olarak kullanılır (59).

2.1.4.5. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)

Doku ve organların metabolik veya biyokimyasal işlevlerindeki değişiklikleri görüntülemek ve ölçmek için radyotransfer adı verilen radyoaktif maddeleri kullanan işlevsel bir görüntüleme tekniğidir. Radyoaktif maddeler tarayıcı tarafından algılanarak doku konsantrasyonu ve metabolik aktivite hakkında bilgi sağlar (60).

2.1.4.6. Manyetik Rezonans (MR)

Güçlü bir manyetik alan ve dokulara uygulanan radyo frekans dalgaları aracılığıyla elde edilen sinyallerin görüntüye dönüştürülmesi esasına dayanan görüntüleme yöntemidir. Meme MR, meme kanserini tespit etmek için %90'ın üzerinde duyarlılığa sahip hassas bir yöntemdir. Özellikle mamografi veya ultrason gibi geleneksel görüntüleme yöntemlerinde görülemeyen kanserlerin tespitinde faydalıdır (60).

2.1.4.7. Meme Biyopsisi

Meme kanseri tanılmasında altın standart olarak kabul edilen biyopsi, şüpheli alanın kanser olup olmadığını belirleyebilen tek tanı prosedürüdür (61). Memedeki lezyonların preoperatif histopatolojik değerlendirmesi, tedavi yönetiminin planlanmasında oldukça önemlidir. Biyopsi, meme dokusunun tamamından veya memenin şüpheli bölgesinden doku alınarak yapılabilir (61, 62).

2.1.5. Meme Kanserinde Tedavi Yaklaşımları

Meme kanseri tedavisi; hastalığın evresi, tümörün biyolojik özellikleri, hormon reseptör durumu ve hastanın genel sağlık durumu gibi faktörlere bağlı olarak planlanan multidisipliner bir süreçtir (62). Tedavi genellikle cerrahi müdahale ile başlamakta, ardından kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi gibi sistemik ve lokal tedavi yöntemleri ile desteklenmektedir (5, 63).

2.1.5.1. Cerrahi Tedavi (Mastektomi, Meme koruyucu cerrahi)

Meme kanserinde cerrahi tedavi, tümörlü dokunun vücuttan uzaklaştırılmasını amaçlayan temel tedavi yaklaşımıdır. Cerrahi yöntemler arasında mastektomi ve meme koruyucu cerrahi (lumpektomi) yer almaktadır. Mastektomi memenin tamamının çıkarılmasını kapsamakta olup, bazı durumlarda rekonstrüksiyon cerrahisi ile desteklenebilmektedir. Meme koruyucu cerrahi, tümörün ve çevresindeki bir miktar sağlıklı dokunun çıkarılmasını içerirken, genellikle sonrasında radyoterapi uygulanmaktadır (64). Cerrahi tedavi seçimi; tümörün boyutu, evresi, hastanın genel durumu ve bireysel tercihleri doğrultusunda belirlenmekte olup, multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (65).

2.1.5.2. Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerini yok etmeyi veya çoğalmalarını durdurmayı amaçlayan sistemik bir tedavi yöntemidir. Antineoplastik ilaçların kullanıldığı bu tedavi, ameliyat öncesinde tümör boyutunu küçültmek (neoadjuvan), ameliyat sonrasında ise mikroskobik hastalığı ortadan kaldırmak (adjuvan) amacıyla uygulanabilmektedir (66). Ayrıca ileri evre veya metastatik hastalıklarda hastalığın kontrol altına alınmasında önemli rol oynamaktadır (63). Kemoterapi süreci, hastanın klinik özelliklerine göre planlanmakta olup, tedaviye bağlı olarak yorgunluk, bulantı, saç dökülmesi gibi yan etkiler ortaya çıkabilmektedir (26, 29)

2.1.5.3. Radyoterapi

Radyoterapi, yüksek enerjili X-ışınları kullanılarak kanser hücrelerinin yok edilmesini amaçlayan lokal bir tedavi yöntemidir. Meme kanseri tedavisinde sıklıkla cerrahi sonrası uygulanarak lokal nüks riskini azaltmada önemli rol oynamaktadır (67). Ayrıca bazı ileri evre vakalarda veya metastatik hastalık durumlarında semptom kontrolü amacıyla da kullanılabilir. Radyoterapiye bağlı olarak yorgunluk ve uygulama bölgesinde cilt değişiklikleri gibi yan etkiler görülebilmektedir (68).

2.1.5.4. Hormonal Tedavi

Hormonal (endokrin) tedavi, hormon reseptör pozitif meme kanserlerinde kullanılan ve tümör büyümesinde hormonların etkisini engelleyerek kontrol altına almayı amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi, östrojen veya progesteron gibi hormonların kanser hücreleri üzerindeki etkisini azaltarak hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaktadır (69). Genellikle uzun süreli uygulanan hormonal tedavi, nüks riskini azaltmada ve sağkalımı artırmada önemli bir

role sahiptir. Cerrahi ve diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kombine şekilde uygulanabilmekte ve özellikle hormon reseptör pozitif tümörlerde etkinliği yüksek bulunmaktadır (70).

2.2. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Süreç

2.2.1. Mastektominin Tanımı ve Türleri

Memenin cerrahi olarak tamamı veya belirli bir kısmının çıkarılması mastektomi olarak adlandırılmaktadır (8). Hastanın bireysel özellikleri, tümörlü dokunun yerleşimi, hastalığın evresi ve cerrahiye ilişkin diğer klinik faktörler doğrultusunda farklı mastektomi türleri uygulanabilmektedir. Bu nedenle mastektomi, kendi içinde çeşitli türlere ayrılarak incelenmektedir.

Memenin tamamının, göğüs duvarının ve tüm aksiller lenf düğümlerinin tamamının çıkarılması **radikal mastektomi** olarak adlandırılır. Radikal mastektomi günümüzde hala gerekli durumlarda kullanılmaktadır. Ancak, kanser yeterince erken tespit edilirse, genellikle meme dokusunu koruyarak kanseri ortadan kaldıracak; modifiye radikal mastektomi, total mastektomi, kısmi mastektomi, cilt koruyucu mastektomi ve meme başı koruyucu mastektomi gibi seçenekler bulunmaktadır (71, 72). **Modifiye radikal mastektomi** tüm meme, meme başı, areola ve aksiller lenf düğümleri çıkarılır, ancak genellikle göğüs duvarı sağlam bırakılır. (71, 72). Basit mastektomi olarak da bilinen **total mastektomi**, meme dokusu, areola ve meme başı dahil olmak üzere tüm memenin çıkarılmasını içerir. Göğüs duvarı ve daha uzak lenf nodları sağlam bırakılır. **Kısmi mastektomi**, memenin lumpektomiden daha büyük bir kısmının çıkarılması gerekir. Bazen göğüs kaslarının üzerindeki astarların bir kısmı da çıkarılmaktadır. **Cilt koruyucu mastektomi** ise; meme, meme başı, areola ve sentinel lenf düğümünün çıkarılmasını gerektirir, ancak meme derisi çıkarılmamaktadır. Mastektomiden hemen sonra meme rekonstrüksiyonu yapılabilir. Meme rekonstrüksiyonu yaptırmak isteyen birçok kadın bu yöntemi tercih etmektedir (71, 72, 73). **Meme koruyucu cerrahi**; tümörü çevreleyen sağlıklı meme dokusunu koruyarak tümörün tamamen çıkarılmasını ve ardından memeye radyoterapi yapılmasını içerir. Aksillanın cerrahi olarak değerlendirilmesi meme koruyucu cerrahinin bir parçasıdır (73). **Meme başı koruyucu mastektomi**; yalnızca meme dokusunun çıkarılmasını, cildi, meme ucunu ve areolayı korumayı içerir. Hemen ardından meme rekonstrüksiyonu yapılır. **Lumpektomi**, genellikle en az miktarda meme dokusunun çıkarılmasıdır. Bu yöntemde tümör ve çevreleyen dokunun küçük bir kısmı veya sınırları çıkarılır, memenin kendisi çıkarılmaz.

Lumpektomi en az invaziv meme kanseri ameliyatı olmasına rağmen, oldukça etkili bir yöntemdir. Lumpektominin ardından genellikle radyoterapi tedavisi uygulanır (71, 72). **Onkoplastik ve rekonsruktif cerrrahi**, kanser kontrolü ve meme estetiği göz önünde bulundurularak cerrahi onkoloji ve rekonstrüktif cerrahi tekniklerin en uygun şekilde harmanlanması anlamına gelir. Estetik sonuçları iyileştirerek meme kanseri ameliyatının beden imajı üzerindeki olumsuz etkisini azaltmayı ve ameliyat sonrası memenin şeklini ve görünümünü korumayı amaçlar (72, 74).

2.2.2. Mastektominin Kadın Üzerindeki Fiziksel ve Psikososyal Etkileri

Meme kanseri hastalarının yaşam kalitesi; tanı ve tedaviye bağlı yan etkiler, semptomların şiddeti ve yetersiz psiko-sosyal destek gibi nedenlerle olumsuz etkilenebilmektedir (75). Tanılama ile başlayarak uzun süren tedavi süreci ve cerrahi operasyonlar hastalarda yaşam kalitesinde düşüşe yol açabilmektedir. Bu süreçte hastalığın evresi, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, lenfödem gibi semptomlar, komorbid hastalıklar ile sosyo-demografik ve psikolojik faktörler hastanın yaşam kalitesini etkileyen önemli unsurlar arasındadır (76, 77).

Mastektomi ameliyatı sonrası kadınlar; lenfödem, ağrı, hareket kısıtlılığı, uygun kıyafet bulamama, ısı değişiklikleri, uyuşma ve karıncalanma gibi semptomlar nedeniyle önemli fiziksel zorluklar yaşayabilmektedir (9). Bu durum, günlük yaşam aktivitelerinin yanı sıra iş hayatını da olumsuz etkilemekte; özellikle fiziksel güç veya ince motor beceri gerektiren mesleklerde performans düşüşüne yol açmaktadır (79). İş yaşamındaki bu kısıtlılıklar, kadınların ekonomik durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilerken aynı zamanda psikolojik ve sosyal sorunlara da neden olabilmektedir (79).

Yaşanılan fiziksel semptomlar, kadınlarda psikososyal sorunlara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (9). Ayrıca vücut imajında bozulma, cinsel organ kaybı ve kadınlık kimliğinin etkilenmesi de meme kanserli kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği; bu durumun genç kadınlarda daha yoğun olduğu belirtilmektedir (10, 15, 80). Literatürde kadınların kendilerini toplumdan izole olmuş ve yalnız hissettikleri; bunun temel nedenlerinin estetik kaygılar, fiziksel işlev kayıpları ve beden algısındaki değişimler olduğu belirtilmiştir (12).

Mastektomili kadınlarda görülen fiziksel ve psikolojik etkiler göz önünde bulundurulduğunda, bu sürecin kadınların benlik algısı ve sosyal yaşantıları üzerindeki etkilerinin daha derinlemesine incelenmesi önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda, çalışmanın

ana konuları olan mastektomili kadınlarda beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi kavramları daha detaylı ele alınacaktır.

2.3.Mastektomi Hastalarında Beden Değeri

Mastektomi, kadının fiziksel görünümünde kalıcı değişikliklere yol açarak beden imajı ve öz-algı üzerinde derin ve çok boyutlu etkiler yaratmaktadır (81, 82). Bu etkiler, özellikle beden değeri bağlamında değerlendirildiğinde, kadınlık kimliği ve beden değeri üzerinde belirgin sonuçlar doğurmaktadır (83).

Meme, birçok kültürde kadınlık, güzellik, cinsellik ve annelik ile ilişkilendirildiğinden, bu organın kaybı kadınların kendilerini “eksik” veya “yarım” hissetmelerine neden olabilmektedir (83, 84). Bu durum, benlik saygısında azalma, utanç duygusu ve kendini değersiz hissetme ile sonuçlanabilir. Bazı kadınlar ameliyat sonrasında bedenlerini yabancılaşmış bir şekilde algılayarak kendilerini tanımakta güçlük çekebilmekte ve hatta kendilerini daha “erkeksi” olarak değerlendirebilmektedir (85).

Mastektomi aynı zamanda psikolojik ve duygusal açıdan da önemli etkiler yaratmaktadır. Bu cerrahi girişim, bazı kadınlar tarafından travmatik bir deneyim olarak algılanmakta; anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirtilerine yol açabilmektedir. Özellikle ameliyat sonrası yara izi ile ilk karşılaşma, hastalar açısından yoğun korku, şok ve üzüntü gibi duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir (83, 85).

Beden imajındaki bozulma; kendini suçlama, mutsuzluk, aynaya bakmaktan kaçınma ve çıplak görünmek istememe gibi davranışlarla kendini gösterebilmektedir (86).

Beden değerinde yaşanan azalma, kadınların sosyal ortamlardan uzaklaşmasına ve izolasyon eğilimi göstermesine neden olabilmektedir. Kadınlar cinsel çekiciliklerini kaybettiklerini düşünebilmekte, bu durum ise partner ilişkilerinde reddedilme korkusu ve yakınlık kurmada güçlüklerle ilişkilendirilmektedir (87, 88). Ayrıca ev içi roller ve sosyal sorumluluklar konusunda yaşanan yetersizlik algısı, bireyin kendini “işe yaramaz” hissetmesine ve sosyal kimliğinde zayıflamaya yol açabilmektedir (81, 83).

Fiziksel değişimlerin etkisi yalnızca meme kaybı ile sınırlı kalmamakta; cerrahi izler, lenfödem nedeniyle gelişen kol şişliği ve tedavi sürecine bağlı saç kaybı gibi faktörler beden değerini daha da olumsuz etkileyebilmektedir. Bu süreçte birçok kadın, fiziksel değişimleri gizlemek amacıyla giyim tarzında değişikliğe gitmekte; bol kıyafetler tercih etmekte veya çeşitli dolgu materyalleri kullanmaktadır (85, 89). Bununla birlikte, bazı faktörlerin bu

olumsuz etkileri azaltıcı rol oynadığı görülmektedir. Mastektomi türü beden imajını doğrudan etkilemekte; total mastektomi uygulanan kadınların, meme koruyucu cerrahi geçirenlere kıyasla daha olumsuz beden algısına sahip oldukları bildirilmektedir (90). Meme rekonstrüksiyonu ise beden imajı, benlik saygısı ve cinsel sağlık üzerinde iyileştirici bir etkiye sahiptir (89). Ayrıca özellikle eş ve aile desteği varlığında, kadınların yeni bedenlerine daha iyi uyum sağladıkları ve beden imajı memnuniyetlerinin arttığı bildirilmektedir (81).

2.4. Mastektomi Hastalarında Sosyal Görünüş Kaygısı

Sosyal görünüş kaygısı, bireyin vücut imajının ve fiziksel görünümünün toplum tarafından olumsuz değerlendirileceği algısından kaynaklanmaktadır (91). Mastektomi sonrası kadınların meme kaybı yaşaması toplum içindeki varoluşlarını ve kendilerini sunma biçimlerini doğrudan etkileyerek belirgin sosyal görünüş kaygısına yol açmaktadır (92, 93).

Mastektomi sonrası kadınlar kendilerini “yarım”, “eksik”, “biçimsiz” veya “çirkin” olarak algılayabilmekte; bu algı, başkaları tarafından fiziksel görünümünün fark edilmesi ve olumsuz değerlendirilmesi endişesiyle sosyal görünüş kaygısını artırmaktadır (83, 84). Bu bağlamda, bireyler sosyal ortamlarda dikkat çekme, incelenme veya yargılanma korkusu yaşayabilmekte; fiziksel görünümüne yönelik hassasiyetleri artmaktadır (92).

Fiziksel görünümünden kaynaklanan utanç ve huzursuzluk, kadınları sosyal ortamlardan uzaklaşmaya yönlendirmektedir. Özellikle düğünler, sosyal etkinlikler, spor salonları ve yüzme havuzları gibi vücut hatlarının daha belirgin olduğu kalabalık ortamlara katılmaktan kaçınabilmektedir (92, 94). Meme kaybını gizlemek amacıyla kadınlar, daha bol kıyafetler, şallar veya yelekler tercih etmektedir (83, 95). Bazı kadınlar yalnız olduklarında bile protez kullanmakta veya kollarını göğüslerine siper ederek fiziksel değişikliklerini kendilerinden dahi gizlemeye çalıştıklarını bildirmişlerdir (83).

Sosyal görünüş kaygısı, kadınların eşleriyle olan ilişkilerini de olumsuz etkilemektedir (92, 96). Kadınlar kendilerini eşleri için daha az çekici hissetmekte ve vücutlarını eşlerine göstermekte isteksizlik duyabilmektedirler. Yapılan araştırmada eşin operasyon sonrası görünüşle ilgili kaygı duyması veya olumsuz tutum sergilemesinin, hastanın sosyal anksiyete düzeyini doğrudan artıran bir faktör olduğu tespit edilmiştir (91). Aynı çalışmada kadınların yaşları azaldıkça dış görünüme daha fazla önem verdikleri ve kadınlık kimliklerini daha yoğun tehdit altında hissettikleri için sosyal görünüş kaygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (91).

Meme onarımı yaptıran kadınlarda sosyal görünüş kaygısının azaldığı gözlemlenmiştir (92). Rekonstrüksiyon işlemi sonucunda, kadınların kendilerini yeniden “tam” hissetmelerine ve sosyal ortamlarda daha özgüvenli hareket etmelerine katkı sağlamaktadır. Ayrıca psikolojik dayanıklılık ve öz-şefkat düzeyinin yüksek olması, kadınların mastektomi sonrası sürece uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (97).

Mastektomi sonrası uygulanan kemoterapi ve radyoterapiye bağlı saç, kaş ve kirpik kaybı sonucunda sosyal görünüş kaygısının arttığı belirtilmektedir (85).

Sosyal görünüş kaygısı yalnızca fiziksel bir eksiklikle ilişkili olmayıp, bireyin toplum içindeki kimliğini koruma ve sosyal kabul görme çabası ile yakından bağlantılıdır. Bu nedenle iyileşme sürecinde yalnızca fiziksel tedavi değil, aynı zamanda beden değerini artıran ve sosyal görünüş kaygısını azaltan müdahaleler kritik öneme sahiptir (98).

2.5. Mastektomi Hastalarında Cinsel Yaşam Kalitesi

Mastektomi, meme kanseri tedavisinde temel cerrahi yaklaşımlardan biri olmakla birlikte, kadınların cinsel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir (82). Nitekim araştırmalar, meme kanseri tedavisi gören kadınların önemli bir bölümünde (%50–%90) cinsel işlev bozukluklarının görüldüğünü ortaya koymaktadır (99).

Mastektominin cinsel yaşam kalitesine etkileri fiziksel ve psikolojik etmenler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Fiziksel açıdan değerlendirildiğinde, memenin ve meme ucunun çıkarılması, cinsel uyarılma ve orgazm açısından önemli olan erojen duyarlılığın kaybına neden olmaktadır (100, 101). Bu durum hastalar tarafından ilgili bölgenin “uyuşuk” ya da “hissiz” olması şeklinde ifade edilmektedir (100, 102). Ayrıca cerrahiye bağlı yara izleri, göğüs duvarında oluşan gerginlik ve implantların oluşturduğu basınç hissi, cinsel temas sırasında ağrı ve rahatsızlığa yol açabilmektedir (100, 103). Bununla birlikte kemoterapi ve hormon tedavileri gibi eş zamanlı tedavi süreçleri; vajinal kuruluk, libido kaybı ve dispareni gibi sorunlara neden olarak cinsel yaşamı daha da olumsuz etkileyebilmektedir (101, 104).

Psikolojik boyutta ise mastektomi, kadınlık kimliği ve beden algısı üzerinde belirgin etkiler yaratmaktadır. Memeye yüklenen anlam sonucunda kadının yaşadığı kayıp kadınlık kimliğinde zedelenmeye yol açabilmektedir (84). Cerrahi sonrası oluşan izler ve beden asimetrisi, kadınların beden imajında bozulmaya neden olmakta; bu durum kendilerini çıplakken çekici bulmamalarına ve partnerleri önünde soyunmaktan kaçınmalarına yol

açabilmektedir (100, 103). Buna bağlı olarak özgüven kaybı ve cinsel çekicilik algısında azalma görülmesi beklenen bir durumdur.

Meme koruyucu cerrahi ve meme rekonstrüksiyonu uygulanan kadınların, mastektomi geçirenlerle kıyasla daha olumlu beden imajına ve daha yüksek cinsel doyuma sahip oldukları bildirilmektedir (82, 105).

Mastektomi sonrası dönemde cinsel yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde, beden değeri ve sosyal görünüş kaygılarını ele alan multidisipliner yaklaşımlar önemlidir. Bu süreçte güvenli iletişim ortamlarının sağlanması, cinsel danışmanlık ve psikososyal destek etkili olurken; hemşireler eğitim, danışmanlık ve yönlendirme rolleriyle sürece önemli katkı sağlayabilirler. Bu doğrultuda, hasta ile hemşire arasında terapötik iletişime odaklanan Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı yapılandırılmış eğitim programlarının kullanılması, hemşirelerin danışmanlık ve destek rollerini daha etkin biçimde yerine getirmelerine katkı sağlar. Bununla birlikte, yenilikçi yaklaşımların benimsendiği hibrit eğitim modelleri; yüz yüze etkileşim ile dijital öğrenme olanaklarını bir araya getirerek, hastaların bilgiye erişimini kolaylaştırmakta, öğrenme sürekliliğini desteklemekte ve bakım kalitesinin artırılmasına önemli ölçüde katkı sunmaktadır. Bu kapsamda hibrit eğitim ve Psikodinamik hemşirelik kuramının yetişkin hasta eğitiminde kullanımı süreçleri daha detaylı olarak açıklanacaktır.

2.6. Hibrit (Web + Yüz Yüze) Eğitim Modeli ve Hasta Eğitiminde Kullanımı

2.6.1. Hibrit Eğitimin Tanımı ve Modelleri

Dijital öğrenme teknolojilerindeki hızlı gelişmeler, geleneksel eğitim yaklaşımlarının dönüşmesine yol açmış; geleneksel yöntemlere dayalı öğrenme anlayışı yerini yüz yüze eğitim ile web destekli öğrenmenin bütünleştiği hibrit eğitim modeline bırakmaya başlamıştır (106). Kökeni Latinceye dayanan ve biyoloji alanında “melezlik” kavramını ifade etmek için kullanılan hibrit terimi (107), literatürde harmanlama ya da karma kavramlarıyla benzer anlamda kullanılmaktadır. Bu kavram genel olarak, iki farklı yapının bir araya getirilmesiyle daha etkili ve işlevsel bir sonuç elde edilmesini ifade etmektedir (108). Bu tez çalışmasında, literatürde daha önce “karma” veya “harmanlanmış” olarak ifade edilen yaklaşımlar yerine, tüm anlatım ve değerlendirmelerde hibrit eğitim kavramı kullanılacaktır.

Hibrit eğitim, geleneksel yüz yüze eğitim süreçleri ile çevrimiçi (online) öğrenme süreçlerinin planlı bir şekilde birleştirilmesiyle oluşturulan eklektik bir eğitim yaklaşımıdır (109-113). Diğer bir tanımda hibrit eğitim, yüz yüze ve çevrimiçi öğrenme deneyimlerinin "düşünceli bir entegrasyonu" olarak tanımlanır (114, 115). Bu modelde dijital teknolojiler sadece bir tamamlayıcı değil, öğrenme sürecini dönüştürücü ve iyileştirici bir unsur olarak yer alır (109, 115). Bir eğitimin "hibrit" olarak kabul edilebilmesi için içeriğin genellikle %30 ile %79 arasındaki bir kısmının çevrimiçi ortamda sunulması beklenir. Bu oranın altındaki uygulamalar "teknoloji destekli", üzerindeki ise "tamamen çevrimiçi" eğitim olarak adlandırılır (115-117).

Literatürde hibrit eğitimin uygulama şekillerine göre farklı modelleri bulunmaktadır (109, 115, 116, 118-120).

Rotasyon Modelleri: Katılımcıların sabit bir programa göre farklı istasyonlar (çevrimiçi öğrenme, grup çalışması, yüz yüze ders) arasında yer değiştirdiği modellerdir.

Tersyüz Edilmiş Sınıf (Flipped Classroom): En popüler modeldir; teorik bilginin evde çevrimiçi kaynaklarla öğrenildiği, yüz yüze zamanda ise uygulama ve tartışmaların yapıldığı modeldir.

Esnek Model: Çevrimiçi öğrenmenin temel olduğu, öğreticinin ihtiyaç duyan katılımcılara yüz yüze destek sağladığı, akışkan bir program sunan modeldir.

Kişisel Harmanlanmış (A La Carte) Model: Katılımcıların bazı dersleri yüz yüze alırken, bazılarını tamamen çevrimiçi olarak almasına imkân tanıyan modeldir.

Zenginleştirilmiş Sanal Model: Eğitimin çoğunlukla çevrimiçi yürüdüğü ancak belirli aralıklarla yüz yüze oturumların yapıldığı modeldir.

2.6.2. Hibrit Eğitimin Avantajları

Hibrit eğitim modelinin sağladığı avantajlar şöyle sıralanabilir (111, 120-125)

Esneklik ve Erişim Kolaylığı: Hibrit eğitim, katılımcılara zaman ve mekân açısından esneklik sunarak kendi hızlarında öğrenmelerine ve konuları tekrar edebilmelerine imkân tanır. Mastektomi sonrası fiziksel ve psikolojik yorgunluk yaşayan kadınlar için bu özellik, eğitim süreçlerine kesintisiz ve rahat erişim sağlar.

Pedagojik Zenginlik: Yüz yüze oturumlar ile çevrimiçi materyallerin birleşimi, öğrenme sürecini zenginleştirir ve farklı öğrenme stillerine sahip katılımcılara uygun dinamik içerikler sunar.

Maliyet Etkinliği: Fiziksel alan kullanımını ve ulaşım gereksinimini azaltarak hem eğitim verenler hem de katılımcılar için maliyet avantajı sağlar.

Etkileşimin Derinleşmesi: Çevrimiçi forumlar, grup çalışmaları ve sosyal ağlar sayesinde katılımcılar birbirleriyle deneyimlerini paylaşabilir; yüz yüze oturumlar ise anlık geri bildirim ve sosyal destek sağlar. Bu etkileşim hem psikososyal destek hem de öğrenme motivasyonunu artırır.

Katılımcı Merkezli Öğrenme: Katılımcılar kendi öğrenme süreçlerini yönetebilir, konuları tekrar edebilir ve kişisel ihtiyaçlarına göre planlama yapabilir.

Motivasyon ve Başarı Artışı: Teknolojinin entegrasyonu, katılımcıların derse ilgisini artırır ve eğitim materyallerini aktif olarak kullanmalarını teşvik eder.

21. Yüzyıl Becerileri: Dijital araçların kullanımı, katılımcılara dijital okuryazarlık, eleştirel düşünme ve problem çözme becerileri gibi günümüz dünyasında ihtiyaç duyulan becerileri kazanmalarına yardımcı olur.

Eğitimin Sürekliliği: Salgın, doğal afet veya sağlık sorunları gibi olağanüstü durumlarda bile eğitim kesintisiz devam edebilir.

2.6.3. Hibrit Eğitimin Hasta Eğitimindeki Yeri

Kronik hastalığı olan bireylere hastalık öz yönetim stratejilerini öğretmeyi amaçlayan hasta eğitim programlarının, olumsuz sağlık sonuçlarını ve sağlık bakım maliyetlerini azaltabildiği gösterilmiştir (126, 127). Bu programlar; hastaların sağlık bilgilerini artırmayı, semptom kontrolünü geliştirmeyi ve öz yeterlilik ile genel sağlık durumunu iyileştirmeyi hedeflemektedir (127, 128).

Günümüzde sağlık eğitiminde yüz yüze ve çevrimiçi öğrenme ortamlarının birlikte kullanılması giderek yaygınlaşmış ve bu yaklaşım literatürde hibrit eğitim olarak tanımlanmıştır (17, 129). Bu yaklaşım, teknoloji destekli eğitim ile geleneksel öğretim yöntemlerini bir araya getirerek öğrenme çıktılarının iyileştirilmesini amaçlamaktadır (17, 109, 115). Yüz yüze eğitim ile çevrim içi öğrenme ortamlarının bir arada kullanılması, bireylerin bilgiye farklı yollarla erişmesini sağlayarak öğrenme sürecini desteklemektedir.

İçeriğe kolay erişim, katılımcının dikkatini çekme ve daha düşük eğitim maliyetleri gibi avantajları ile hastaların öz bakımını geliştirmek için potansiyel olarak daha etkili öğretim yöntemlerinden biri halini almıştır (17, 130-132).

Hasta eğitimi süreçlerinde kronik hastalığa sahip bireylere yönelik web tabanlı ve dijital destekli eğitim uygulamalarının hastalık yönetimi sürecine olumlu katkılar sağladığı bildirilmektedir. Özellikle çevrim içi eğitim müdahalelerinin hastaların öz bakım davranışlarını geliştirdiği, hastalığa ilişkin bilgi düzeyini artırdığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebildiği gösterilmiştir (133). Benzer şekilde kronik hastalık yönetimine yönelik gerçekleştirilen çalışmaların incelendiği bir derlemede, yüz yüze eğitim ile çevrim içi ya da bilgisayar tabanlı eğitim yaklaşımlarının birlikte kullanıldığı programların hastaların öz yönetim becerilerini desteklediği ve hasta özelliklerine göre planlandığında etkili sonuçlar sağlayabildiği belirtilmektedir (17). Literatürde yer alan bir çalışmada, kanser gibi kronik hastalıklara sahip bireylere yönelik materyal destekli ve web tabanlı eğitim uygulamalarının, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesine katkı sağladığı; bununla birlikte bireylerin öz bakım düzeylerini ve yaşam kalitesini artırabildiği belirtilmektedir (134). Dijital teknolojilerle desteklenen hasta eğitimi uygulamaları, hastaların sağlık durumlarını daha iyi anlamalarına, öz bakım motivasyonlarının artmasına ve tedavi önerilerine uyumlarının güçlenmesine katkı sağlamaktadır (126). Bununla birlikte, hasta eğitimi literatüründe hibrit eğitim programlarının nasıl yapılandırılması gerektiğine ilişkin kapsamlı bir çerçevenin sınırlı olduğu, bu durumun hasta eğitimi programlarının tasarlanması ve uygulanmasında önemli bir boşluk oluşturduğu belirtilmektedir (17). Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde hasta katılımını artırmak ve öğrenme sürecini desteklemek amacıyla bu tür eğitim yaklaşımlarının kullanımı önerilmektedir. Bu doğrultuda, söz konusu boşluğu ele almak ve hasta eğitiminde etkililiği artırmak amacıyla bu çalışmada hibrit eğitim yaklaşımı tercih edilmiştir.

2.7. Psikodinamik Hemşirelik Kuramı

Hemşirelik kuramları, hemşirelik bakımının bilimsel temellere dayanmasını sağlayan, bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde yol gösterici olan kavramsal çerçeveler sunmaktadır (135-138). Psikodinamik hemşirelik kuramı hasta ile hemşire arasındaki terapötik ilişkinin önemini vurgulayan önemli kuramlardan biridir. Bu kuram, bireyin duygusal süreçlerini, kişilerarası ilişkilerini ve psikososyal gereksinimlerini anlamayı temel alır (139-141).

2.7.1. Peplau'nun Psikodinamik Hemşirelik Kuramı

Psikiyatri hemşireliğinin kuramsal gelişiminde önemli bir yere sahip olan Hildegard E. Peplau, 1952 yılında Kişilerarası İlişkiler Kuramı'nı ortaya koymuştur. Peplau'nun bu kuramı geliştirmesinde, psikiyatri hastanesinde çalıştığı dönemde etkileşimde bulunduğu başta Harry Stack Sullivan olmak üzere çeşitli kuramcılarının önemli etkileri olmuştur (142). Bunun yanı sıra Adolf Meyer, Percival Symonds, Neal Elgar Miller ve Abraham Maslow'un görüşlerinden de yararlanmışır. Peplau, kuramını oluştururken biyoloji ve davranış bilimlerinden elde edilen bilgileri hemşirelik alanına uyarlamış; bireyin duygu ve davranışlarının psikolojik yönlerini hemşirelik girişimleri kapsamında açıklamaya çalışmıştır (143).

Psikodinamik hemşirelik kuramı, hemşirelikte kişilerarası ilişkilerin önemini vurgulayan ilk kuramlardan biri olarak kabul edilmiştir. Peplau, hemşireliği bireyin sağlığını geliştirmeye yönelik terapötik ve kişilerarası bir süreç olarak tanımlamıştır. Kurama göre hemşire ile hasta arasındaki ilişki, tedavi sürecinin temel bileşenlerinden biridir ve bu ilişki hastanın sağlık davranışlarını doğrudan etkileyebilmektedir (19, 144, 145).

Peplau'nun kuramında **insan** kavramı, hemşire ve hasta olmak üzere iki kişi üzerinden ele alınmakla birlikte ağırlıklı olarak hastaya odaklanılmaktadır. İnsan, sürekli değişim gösteren bir denge içerisinde varlığını sürdüren dinamik bir organizma olarak tanımlanmaktadır. Bu denge, bireyin gereksinimlerinin karşılanma durumuna bağlı olarak şekillenmektedir. Gereksinimlerin karşılanmaması durumunda bireyde gözlemlenebilir tepkiler ortaya çıkmakta; ancak bu tepkiler bireyin kültürel özellikleri, değerleri, dili, dini inançları, beklentileri ve geçmiş yaşantılarına göre farklılık göstermektedir. Ayrıca bireyin yaşadığı durumları nasıl algıladığı ve anlamlandığı, sergileyeceği davranışların belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu doğrultuda birey, gereksinimlerinden kaynaklanan gerilimi azaltmak amacıyla kendine özgü baş etme mekanizmaları geliştiren aktif bir varlık olarak ele alınmaktadır (143, 146, 147).

Peplau, **sağlık ve hastalık** kavramlarını birbirinden bağımsız değil, aynı süreklilik üzerinde değerlendirmektedir. Sağlık; bireyin kişilik gelişimini destekleyen, yaratıcılık, üretkenlik ve yapıcılık gibi özelliklerin ortaya çıkmasına olanak tanıyan dinamik bir denge durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşımda sağlık yalnızca hastalığın yokluğu değil, bireyin toplumsal yaşamda etkin bir şekilde yer alabilmesini sağlayan bir süreçtir. Peplau'ya göre bireyin sağlık düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır.

Sağlığın bozulması durumunda anksiyete ortaya çıkmakta ve bu durum hastalık sürecini etkileyebilmektedir. Bu nedenle anksiyete ile hastalık arasında doğrudan bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (18, 143, 146, 148, 149).

Peplau **çevre** kavramını açık bir tanım çerçevesinde ele almamakla birlikte, bireyin gelişiminde etkili olan ve özellikle kültürel yapı içerisinde şekillenen güçler bütünü olarak değerlendirmektedir. Bu bağlamda çevre; toplumsal değerler, normlar, inanç sistemleri ve bireyin içinde bulunduğu sosyal yapıyı kapsamaktadır. Aynı zamanda çevre, terapötik bir ortam olarak ele alınmakta ve iyileşme sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Terapötik çevre hem yapılandırılmış hem de yapılandırılmamış unsurları içermektedir. Yapılandırılmış unsurlar fiziksel düzenlemeleri kapsarken, yapılandırılmamış unsurlar hasta, sağlık çalışanları ve ziyaretçiler arasındaki etkileşimleri içermekte ve çoğu zaman göz ardı edilmesine rağmen hasta üzerinde önemli etkiler oluşturmaktadır. İyileşmeyi destekleyen ideal bir çevre, bireyin kendini güvende hissettiği ve desteklendiği çevredir (143, 146, 148, 149).

Peplau'ya göre **hemşirelik**, bireyin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik yürütülen, kişilerarası ilişkilere dayalı terapötik bir süreçtir ve bu süreç, sağlık bakımına gereksinim duyan birey ile bu gereksinimi karşılayabilecek bilgi ve beceriye sahip hemşire arasında kurulan etkileşim üzerine temellenmektedir. Bu yaklaşımda hemşirelik yalnızca fiziksel bakım sunmayı değil, aynı zamanda bireyin psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamayı da içermekte; hemşire bireyin duygularını anlamaya çalışan, etkili iletişim kuran, rehberlik eden ve gelişimini destekleyen aktif bir profesyonel rol üstlenmektedir. Peplau hemşireliği aynı zamanda bireyin gelişimini destekleyen bir “olgunlaştırıcı güç” ve “eğitim aracı” olarak tanımlamakta; bu doğrultuda hemşire-hasta arasında etkili bir kişilerarası ilişki kurulmasını, birey ve ailesine eğitim verilerek farkındalığın artırılmasını ve bireyin daha olgun bir kişilik gelişimi göstermesini amaçlamaktadır (143). Kuramda hemşirelik, sağlık gereksinimi olan birey ve hemşire arasında kurulan terapötik ilişki olarak ele alınmakta ve bu ilişkinin dört aşamalı bir süreç (oryantasyon, tanımlama, yararlanma, çözümleme) içinde ilerlediği, süreç içinde hemşirenin farklı roller (yabancı, kaynak kişi, eğitici, lider, danışman ve vekil) üstlendiği belirtilmektedir (18, 19, 147). Bu aşamalar, hastanın gereksinimlerinin anlaşılması, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve bireyin bağımsızlığının desteklenmesini amaçlayan yapılandırılmış bir ilişki sürecini ifade etmektedir (142, 146, 150).

Peplau'ya göre bakım süreci, **oryantasyon aşaması** ile başlar; bu evrede hastalar ihtiyaçlarını fark ederken, hemşireler de hastaları birey olarak tanımaya ve temel bilgiler edinmeye başlar. Hemşire bu evrede yabancı kişi rolündedir ve hastaları olumlu bir ilgiyle karşılayarak güven ortamı oluşturur. Bu aşamada hemşire, hastadan veri toplar ve bu süreçte hastanın ihtiyaçlarını, yeteneklerini, ilgi alanlarını ve olası korku veya kaygı yaşama eğilimini belirlemeye yönelik ilk değerlendirmeleri gerçekleştirir (141, 144, 151, 152). **Tanımlama aşamasında**, hemşireler hastalarla daha yoğun etkileşim kurar; değerlendirmeler yapar, eğitim gereksinimlerini belirler ve disiplinler arası bakım planına katkıda bulunur. Bu aşamada hemşirelerin rolleri, yabancından kaynak kişi, danışman, eğitimci ve bakım sağlayıcıya doğru evrilir. Hemşireler, hastaların düşüncelerini netleştirmelerine yardımcı olmak için yönlendirmesiz dinleme, yansıtıcı ve yargılayıcı olmayan geri bildirim tekniklerini kullanır (141, 144, 151, 152). **Yararlanma aşaması**, hastanın sorununu fark ettiği, bu sorunla baş etmeye çalıştığı ve uygun hemşirelik girişimleri ile bağımsızlığını kazandığı evredir. Bu süreçte hastanın sorumluluk bilinci artar, hemşire ile hasta arasındaki iletişim becerileri gelişir ve hastanın gerçeklik algısı ile anlayışı ilerler; hedeflerine ulaşma süreci sürekli olarak izlenir. Hemşirenin bu aşamadaki rolü, hastayı destekleyici ve yönlendirici olmaktır. Hemşire, hastanın sorununu anlamasına ve başa çıkma becerilerini geliştirmesine yardımcı olur, uygun hemşirelik girişimlerini uygular, hastanın bağımsızlık kazanmasını destekler ve hedeflerine ulaşma sürecini izler. Ayrıca, hastanın sorumluluk bilincini güçlendirmek ve iletişim becerilerini geliştirmek için rehberlik eder (141, 143, 144, 146). **Çözümleme aşaması**, hastanın kazanmış olduğu becerileri kullanarak bağımsızlaştığı ve nihayetinde hemşire ile hasta arasındaki terapötik ilişki karşılıklı olarak sonlandırıldığı aşamadır. Hasta; iletişim tarzı ve etkileşim biçiminde değişiklik yapar, alternatif yardım kaynaklarını planlar, sorunun yinelenmesini önlemeye yönelik stratejiler geliştirir ve hastalık deneyimini yaşamına entegre eder; böylece sağlık yönetiminde daha aktif bir rol üstlenir (141, 151, 152).

2.7.2. Psikodinamik Hemşirelik Kuramının Yetişkin Eğitiminde Kullanımı

Peplau'nun psikodinamik hemşirelik kuramı, hemşirelik uygulamalarında, hasta eğitim programlarında ve araştırmalarda sıklıkla kullanılan kuramsal modellerden biridir. Kuramın temelini oluşturan kişilerarası ilişki, iletişim ve psikososyal destek unsurları, özellikle kronik hastalık yönetimi ve rehabilitasyon süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır (152). Kuramın temelinde, hemşire ile hasta arasındaki iletişim ve etkileşimin, bireyin iyilik

halini destekleyen ve iyileşme sürecini kolaylaştıran temel unsurlar olduğu anlayışı yer almaktadır (144). Her ne kadar iletişim ve hasta eğitimi süreçlerini açıklayan farklı kuramsal çerçeveler bulunsa da Peplau'nun kuramı doğrudan hemşirelik uygulamalarına dayanması ve terapötik hemşire-hasta ilişkisini merkeze alması açısından öne çıkmaktadır (153).

Peplau'nun Psikodinamik Hemşirelik Kuramı'na dayalı hasta eğitimi çalışmalarında, terapötik hemşire-hasta ilişkisinin hasta sonuçları üzerinde belirleyici olduğu gösterilmektedir. Douglass ve arkadaşlarının HIV pozitif kadınlarla yürüttüğü çalışmada, kuramın ilaç uyumu ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu vurgulanırken (154), McNaughton'ın prospektif çalışmasında ev ziyaretleriyle uygulanan kuramın, bireylerin sağlık kaynaklarını daha etkin kullanmasını ve sağlıklı davranış geliştirmesini desteklediği belirlenmiştir (155). Deane ve Fain tarafından yapılan çalışmada, etkili iletişimin kaygıyı azaltarak öz bakım ve yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiş (156); Hosieni ve arkadaşlarının yarı deneysel araştırmasında ise hemşirelik bakım kalitesi ve hasta memnuniyetinde anlamlı artış saptanmıştır (139). Ayrıca, Hochberger ve Lingham kuramın eğitim ve kişilerarası beceriler yoluyla öz yeterlilik ve iyileşmeyi desteklediğini belirtirken (142), Çunkuş ve Taşdemir Yiğitoğlu DEHB olgusunda bakım ve eğitim sürecinin planlanması ve hasta motivasyonunun artırılmasında kuramın etkili olduğunu bildirmiştir (157). Yapılan diğer çalışmalarda psikodinamik kurama dayalı hemşirelik uygulamalarının hastaların sağlık deneyimleri ve bakım süreçlerine katılımını olumlu yönde etkilediğini; sağlık okuryazarlığını geliştirmede ve bireylerin sağlık davranışlarını desteklemede etkili olduğunu; özellikle hemşire-hasta etkileşiminin güçlendirilmesinin, bireylerin sağlık bilgilerini daha iyi anlamalarına ve uygulamalarına katkı sağladığını ortaya koymaktadır (144, 153).

Hasta eğitimi süreci; veri toplama, eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme ve kayıt aşamalarından oluşan sistematik bir yapıdadır (16, 158). Bu sistematik yapı, psikodinamik hemşirelik kuramının hasta merkezli ve etkileşime dayalı yaklaşımıyla örtüşmektedir. Kuram, hasta eğitiminde bilginin tek yönlü aktarımı yerine, hastanın duygusal durumu, yaşantıları ve bağımsızlığını merkeze alarak öğrenme sürecine aktif katılımını desteklemekte; bu yönüyle yetişkin eğitimi (androgogi) ilkeleriyle de paralellik göstermektedir (159).

Bu bağlamda, Peplau'nun hemşire-hasta ilişkisi kuramında yer alan oryantasyon, tanımlama, yararlanma ve çözümleme aşamalarının; hasta eğitiminin veri toplama,

gereksinim belirleme, planlama-uygulama ve değerlendirme basamaklarıyla büyük ölçüde örtüştüğü görülmektedir. Bu örtüşme, eğitim sürecinin kuramsal bir temele dayandırılmasını kolaylaştırmakta ve uygulamada sistematik bir rehber sunmaktadır. Kuramda ayrıca hemşirenin yabancı kişi, kaynak kişi, eğitici, lider, vekil ve danışman olmak üzere altı temel rolü tanımlanmış olup, bu roller hasta eğitiminin farklı aşamalarında etkin biçimde kullanılabilir (20). Peplau, eğitim rolünü bu rollerin bütünleşik bir yansıması olarak ele almakta ve bilgi aktarımını içeren eğitimsel boyut ile hastanın deneyimlerinden yararlanılan deneyimsel boyut üzerinden açıklamaktadır (159). Bu doğrultuda, hasta eğitimi süreci ile kuramın aşamaları arasındaki güçlü uyum nedeniyle, eğitim sürecini yapılandırmak, hasta katılımını artırmak ve öğrenmenin kalıcılığını desteklemek amacıyla yetişkin hasta eğitimi çalışmalarında Peplau'nun psikodinamik hemşirelik kuramı tercih edilmektedir.

Psikodinamik hemşirelik kuramının aşamaları doğrultusunda yetişkin hasta eğitimi basamakları şu şekilde sunulmuştur (151, 152, 159).

Oryantasyon Aşamasında Eğitim: Hemşire, hastanın eğitim gereksinimlerini belirler ve hastanın öğrenmeye hazır bulunuşluğunu değerlendirir. Hastanın kendi bilgi eksikliğini fark etmesi ve öğrenmeye motive olması bu aşamanın temelidir.

Tanımlama Aşamasında Eğitim: Öğrenme hedefleri hasta ile birlikte belirlenir. Hasta, sağlığıyla ilgili bilgileri özümsemeye başlar ve çaresizlik duygusunun yerini "başta çıkabilme" düşüncesi alır.

Yararlanma Aşamasında Eğitim: Hasta, öğrendiği bilgi ve becerileri aktif olarak uygulamaya döker. Hemşire bu aşamada rol yapma (role-play) ve senaryolar gibi aktif öğretim yöntemlerini kullanarak hastanın öz yönetim becerilerini pekiştirir.

Çözülme Aşamasında Eğitim: Eğitimin sonuçları değerlendirilir. Hastanın bağımsızca girişimler yapabildiği ve öz güven kazandığı doğrulanarak eğitim süreci tamamlanır.

Bu çalışmada Peplau'nun psikodinamik hemşirelik kuramının kullanılmasının temel nedeni, mastektomi geçiren kadınların yalnızca fiziksel değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal açıdan da etkilenmeleridir. Mastektomi sonrası dönemde kadınlar beden değerinde değişim, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşamla ilgili çeşitli sorunlar yaşayabilmektedir. Bu nedenle hastaların duygusal süreçlerini anlayan, terapötik iletişimi destekleyen ve bireyin

uyum sürecini kolaylaştıran bir kuramsal çerçeveye ihtiyaç duyulmaktadır. Psikodinamik hemşirelik kuramı, hemşire ile hasta arasındaki etkileşimi temel alması, hastanın eğitim sürecine aktif katılımını desteklemesi ve psikososyal uyumu güçlendirmesi nedeniyle bu araştırmanın amacına uygun bir model sunmaktadır. Bu doğrultuda geliştirilen hibrit eğitim programının, hastaların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesinde bu kuramın önemli bir rehber olduğu düşünölmektedir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı verilen hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma girişimsel ön test- son test ve 1. ay kalıcılık testine dayalı randomize kontrollü deneysel tasarımıdır (Clinical Trials ID: NCT07596459).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği'nde mastektomi operasyonu geçirmiş, rutin takipleri devam eden ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarının belirlenmesinin ardından, çevrimiçi eğitimler Zoom Communications, Inc. (Zoom) platformu aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Yüz yüze görüşmeler ise katılımcıların kolay ulaşım sağlayabileceği, eğitim olanakları açısından uygun ve gerekli izinlerin alındığı Trabzon Büyükşehir Belediyesi bünyesinde hizmet veren “Mehmet Cengiz Kadın İstihdam ve Yaşam Merkezi” konferans salonunda yürütülmüştür.

Çalışmanın süreci literatür taraması, eğitim içeriğinin geliştirilmesi, uygulanması, verilerin toplanması ve raporlama olmak üzere 1 Mart 2024 – 1 Haziran 2026 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri toplama süreci ise 15 Kasım 2025 – 15 Mart 2026 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişken: Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit eğitim programı

Bağımlı değişkenler:

- Beden Değeri Ölçeği puanları
- Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanları
- Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın puanları

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Karadeniz Teknik Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği'nde son beş yıl içerisinde mastektomi operasyonu geçirmiş, rutin takipleri devam eden 550 hasta oluşturmaktadır. İlgili hastaneden yazılı izin alındıktan sonra dahil edilme kriterlerine uyan hastalar telefon ile aranarak araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya davet edilmiştir. Katılmayı kabul eden hastalar çalışma kapsamına alınmıştır.

Çalışmanın örneklem büyüklüğü, iki grup ve üç zaman noktasında gerçekleştirilecek ölçümlere dayalı tekrarlı ölçümler deseni grup-zaman etkileşimini test etmek amacıyla *GPower 3.1* istatistik programı kullanılarak yapılan A priori güç analizi ile belirlenmiştir. Analiz sürecinde F testleri kapsamında “ANOVA: Repeated measures, within-between interaction” modeli tercih edilmiştir. Güç analizi parametreleri, ilgili literatür ve benzer deneysel çalışmalar (160-162) dikkate alınarak etki büyüklüğü Cohen's $f = 0.25$ (orta düzey etki), tip I hata olasılığı $\alpha = 0.05$ ve istatistiksel güç $(1-\beta) = 0.99$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca analizde grup sayısı 2, ölçüm sayısı 3, tekrarlı ölçümler arasındaki korelasyon katsayısı 0.50 ve küresellik varsayımı için düzeltme katsayısı $\epsilon = 1.00$ olarak kabul edilmiştir. Belirtilen parametreler doğrultusunda yapılan hesaplamalar sonucunda noncentrality parametresi $\lambda = 22.50$, kritik F değeri 3.07 ve serbestlik dereceleri $df_1 = 2$ ve $df_2 = 116$ olarak elde edilmiştir. Analiz sonucunda, araştırmanın belirlenen istatistiksel güce ulaşabilmesi için gerekli minimum toplam örneklem büyüklüğünün 60 katılımcı olduğu saptanmış olup, bu örneklem büyüklüğü için hesaplanan gerçekleşen güç değeri 0.991'dir. Olası kayıplar göz önünde bulundurularak bu sayı %20 oranında artırılmış (163) ve 72 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir.

Çalışma süresinin uzunluğu ve kayıp olasılığının yüksek olabileceği dikkate alınarak, yapılan bilgilendirme sonucunda araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 86 katılımcı örneklemi oluşturmuştur. Katılımcılar rastgele listelendikten sonra randomizer programı aracılığıyla girişim (n:43) ve kontrol (n:43) gruplarına rastgele atanmıştır (164).

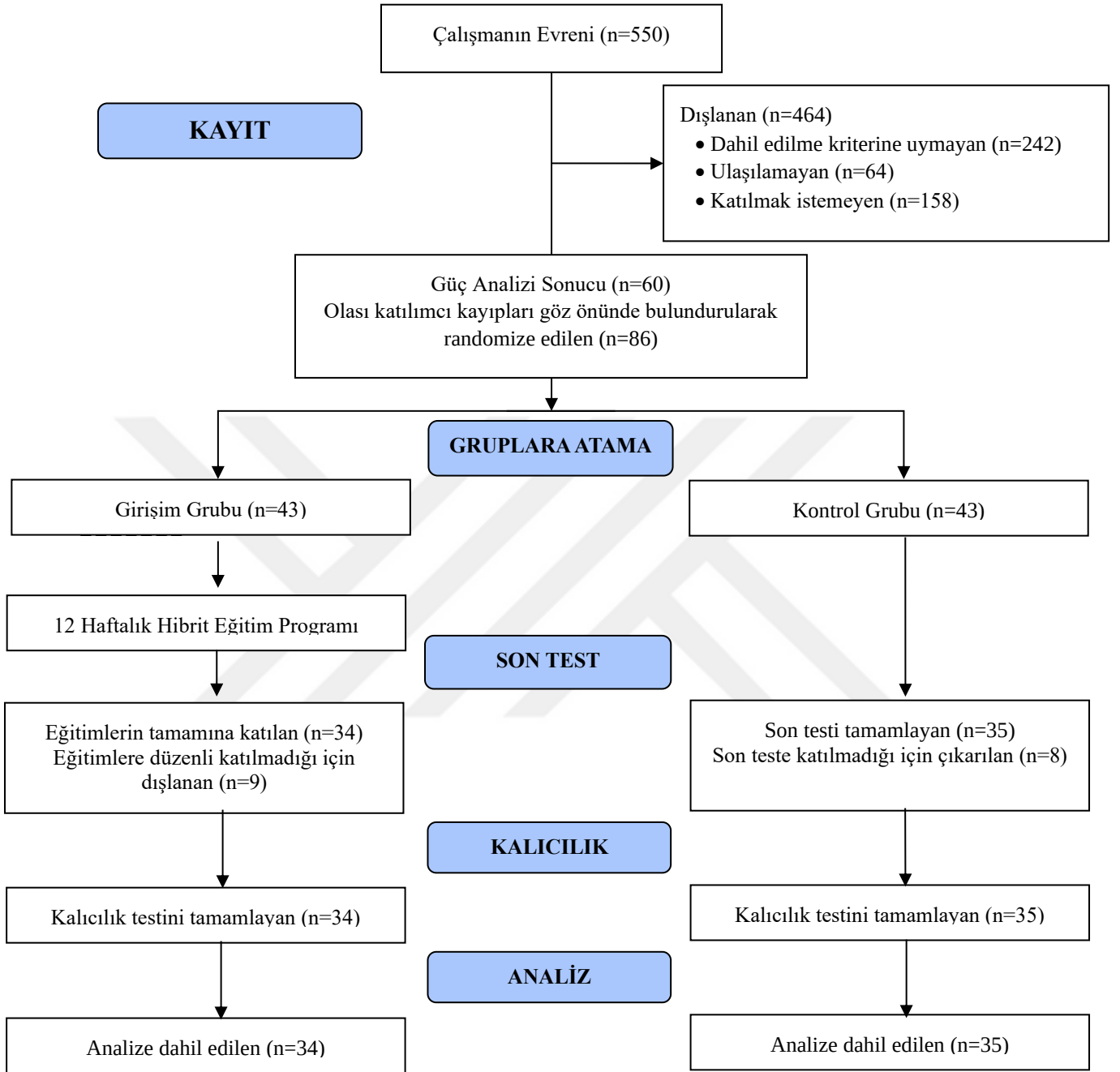
Girişim grubu: 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 24, 25, 32, 36, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 76, 77, 80, 81, 84, 86.

Kontrol grubu: 1, 3, 6, 7, 10, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 49, 50, 51, 55, 57, 58, 61, 65, 71, 74, 75, 78, 79, 82, 83, 85.

Girişim grubunda eğitimlerin başlamasının ardından ilk hafta üç katılımcı ve süreç boyunca çevrimiçi ve yüz yüze eğitimlere düzenli katılım sağlamayan altı katılımcı olmak üzere toplam dokuz katılımcı çalışma dışı bırakılmıştır (n:34). Kontrol grubunda ise ön test, son test ve kalıcılık testlerinden herhangi birine katılım sağlamayan sekiz katılımcı çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır (n:35).

Araştırma, girişim grubunda 34 ve kontrol grubunda 35 katılımcı olmak üzere toplam 69 kişi ile tamamlanmıştır. Sürecin tamamı CONSORT akış diyagramı ile gösterilmiştir (Şekil 11).





Şekil 11. Çalışmanın CONSORT akış diyagramı

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- 18 ve 55 yaş arası olması
- İletişim kurma problemi olmaması,
- Türkçe bilmesi,
- Mobil telefon veya bilgisayar ile internet erişimi olması,
- Mastektomi ameliyatı üzerinden en az 6 ay geçmiş olması (yas süreci),
- Aktif cinsel yaşamı olması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi.

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri

- İşitme, görme ve anlama problemi olması,
- Meme rekonstrüksiyonu yapılmış olması,
- Araştırma sürecinde herhangi bir psikiyatrik tanı alması,
- Araştırma sürecinde sonuç değişkenlerini etkileyecek herhangi bir eğitim, araştırma, sosyal faaliyet grubuna katılması.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında veriler Sosyodemografik Özellikler Formu, Beden Değeri Ölçeği-2 (BDÖ-2), Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) kullanılarak Google Formlar aracılığıyla toplanmıştır. Ön test, son test ve 1. ay kalıcılık testi verileri her iki gruba aynı anda uygulanmıştır.

Sosyodemografik Özellikler Formu (Ek 1): Form araştırmacı tarafından literatür taraması (14, 162, 165-67) doğrultusunda hazırlanan, mastektomi uygulanan kadınların tanıtıcı özelliklerini ve mastektomi sonrası süreçlere ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

Beden Değeri Ölçeği-2 (Ek 2): Bireylerin kendi bedenlerine yönelik olumlu düşünce seviyelerini ve bu düşüncelere saygı duyup duymadıklarını değerlendirmek amacıyla Tylka ve Wood-Barcalow (2015) tarafından geliştirilmiştir (168). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Oktan ve Saylan (2020) tarafından yapılmıştır (169). Ölçek 5'li likert tipte 10 maddeden oluşmakta ve derecelendirme 1= asla, 5= her zaman

şeklindedir. Beden Değeri Ölçeği'nde ters maddeye yer verilmemiştir. Ölçekten en az 10, en fazla 50 puan alınmaktadır. Ölçekten elde edilen düşük puan bireylerin olumsuz, yüksek puan ise olumlu beden değerine sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (169). Bu çalışmada Beden Değeri Ölçeğinin iç tutarlılığı değerlendirilmiş ve Cronbach's Alpha katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Ek 3): Bireylerin fiziksel görünümüne ilişkin bilişsel, duygusal ve davranışsal düzeyde yaşadıkları kaygıları değerlendirmek amacıyla Hart ve arkadaşları tarafından (2008) geliştirilmiştir (170). Ölçeğin Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması Doğan tarafından gerçekleştirilmiştir (171). Beşli Likert tipinde hazırlanan ölçek toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Maddeler, “1 = Hiç uygun değil” ile “5 = Tamamen uygun” arasında puanlanmaktadır. Ölçekte yalnızca birinci madde ters puanlanmaktadır. Toplam puan 16 ile 80 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar bireyin sosyal görünüş kaygısının daha fazla olduğunu göstermektedir. Doğan tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak belirlenmiş ve SGKÖ'nün sosyal görünüş kaygısını değerlendirmede yeterli düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya konmuştur (171). Bu çalışmada Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği için hesaplanan Cronbach's Alpha katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) (Ek 4): Kadınların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Symonds ve arkadaşları tarafından (2005) geliştirilmiştir (172). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2010 yılında Tuğut ve Gölbaşı tarafından gerçekleştirilmiştir (173). Altılı Likert tipindeki ölçek, 18 maddeden oluşmakta ve 18–65 yaş arası kadınlara uygulanabilmektedir. Türkçe uyarlama çalışmasında maddeler, “Tamamen katılıyorum”dan “Hiç katılmıyorum”a doğru 1 ile 6 arasında puanlanmıştır. Bu puanlama sistemine göre ölçekten elde edilebilecek toplam puan 18 ile 108 aralığındadır. Ölçekte yer alan 1., 5., 9., 13. ve 18. maddeler ters puanlanmaktadır. Elde edilen toplam puan 100 puanlık sisteme dönüştürülmektedir. Bunun için $(\text{Toplam puan} - 18) \times 100 / 90$ formülü kullanılmaktadır. Örneğin, toplam puanı 72 olan bir bireyin puanı $(72 - 18) \times 100 / 90 = 60$ olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, bireyin cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Tuğut ve Gölbaşı tarafından gerçekleştirilen çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak rapor edilmiştir (173). Bu çalışmada Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Mastektomi Sonrası Standart Bilgilendirme Broşürünün Oluşturulması ve Uygulanması

Çalışma kapsamında hazırlanan standart bilgilendirme broşürü, literatür doğrultusunda mastektomi ve sonrası sürece ilişkin bilgileri içerecek şekilde geliştirilmiştir. Broşür içeriğinde; mastektomi sonrası izlem, kendi kendine meme muayenesi, kol ve omuz egzersizleri, lenfödem, rekonstrüksiyon, eksternal protez ve sütyen kullanımı, geç komplikasyonlar, mamografi takipleri ile psikolojik ve sosyal destek konularına yer verilmiştir (Ek 5).

Hazırlanan broşür, en az doktora derecesine sahip ve mastektomi ile meme kanseri alanında çalışmalar yürüten 10 uzman tarafından, Quality Criteria for Consumer Health Information (DISCERN) (Ek 6) yazılı ve görsel materyal değerlendirme aracı kullanılarak incelenmiş; 4,46/5 puan alarak kullanım için uygun bulunmuştur (Tablo 3).

Standart bilgilendirme broşürü, temel bilgi düzeyinin her iki grupta da benzer olmasını sağlamak ve olası karıştırıcı etkileri kontrol altına almak amacıyla hem girişim hem de kontrol grubundaki katılımcılara ön test sonrası verilmiştir.

3.6.2. Psikodinamik Hemşirelik Kuramı Temelli Hibrit Eğitim İçeriğinin Oluşturulması ve Uygulanması

Araştırmacı Psikodinamik Hemşirelik Kuramına dayalı hibrit grup eğitimlerini verebilmek amacıyla doktora ders döneminde Kuram-I ve Kuram-II derslerini başarıyla tamamlamıştır (Ek 7). Ayrıca 120 saatlik “Grup Terapisi Eğitim Danışmanlığı” eğitimini başarıyla tamamlayarak grup terapisi hakkında gerekli bilgi ve becerileri kazanmıştır (Ek 8).

Psikodinamik Hemşirelik Kuramı’na dayalı olarak geliştirilecek eğitim programları için öncelikle kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiş ve elde edilen bulgular doğrultusunda bir içerik planı oluşturulmuştur. Hazırlanan bu içerik planı, alanında uzman ve en az doktora derecesine sahip 10 kişiye e-posta yoluyla iletilerek uzman görüşlerine başvurulmuştur. Uzmanlardan elde edilen geri bildirimler doğrultusunda içerik planı revize edilerek gerekli düzenlemelerden sonra eğitim içeriği hazırlama aşamasına geçilmiştir.

Eğitim programı, çevrimiçi ve yüz yüze oturumları içerecek şekilde toplam 12 hafta sürecek biçimde literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Hazırlanan eğitim içeriğinde, araştırmanın değişkenleri olan beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam

kalitesine yönelik bilgiler, Psikodinamik Hemşirelik Kuramı'nın aşamaları (oryantasyon, tanımlama, yararlanma, çözümleme) temel alınarak yapılandırılmıştır.

Eğitim sunumu, en az doktora derecesine sahip, mastektomi ve meme kanseri alanında çalışmaları bulunan 10 uzman tarafından DISCERN yazılı ve görsel materyal değerlendirme aracı kullanılarak değerlendirilmiştir. Dil açısından Türk Dili bölümünden bir uzmanın değerlendirilmesi alınmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda eğitim içeriği 4,55/5 puan alarak kullanılmaya uygun bulunmuştur (Tablo 3). Ayrıca uzmanlardan alınan geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve eğitim içeriğine son hali verilmiştir.

Tablo 3. Bilgilendirme broşürü ve eğitim sunumunun DISCERN değerlendirme sonuçları

Materyal	Maksimum Puan	Uzman Puanı	Değerlendirme
Bilgilendirme Broşürü	75	66.90 (4.46/5)	Yüksek düzeyde uygun
Eğitim Sunumu	75	68.25 (4.55/5)	Yüksek düzeyde uygun

Çalışma başlamadan önce, girişim grubu üyelerini bir araya getirmek ve iletişimi güçlendirmek amacıyla bir WhatsApp grubu oluşturulmuştur. Bu grup üzerinden katılımcılara düzenli bilgilendirmeler yapılmış; eğitimlerin gün ve saatleri, katılımcıların görüşleri doğrultusunda ortak bir kararla belirlenmiştir. Böylece tüm katılımcıların uygun olduğu zaman dilimleri tercih edilmiş ve sürece aktif katılım desteklenmiştir. Grup iletişimi, araştırmacı ile katılımcılar arasında sürekli bir etkileşim ortamı sağlayarak kadınların eğitimlere düzenli katılımını ve motivasyonunu artırmıştır.

Eğitim sürecine çevrimiçi oturumlarla başlanmıştır. Katılımcıların belirlediği ortak zaman dilimlerine göre planlanan bu eğitimler haftada bir kez gerçekleştirilmiş ve her oturum ortalama 45–60 dakika sürmüştür. Eğitim öncesinde yapılan kısa hatırlatmalar ve eğitim sonunda gerçekleştirilen özetler ile sorular sayesinde konuların pekiştirilmesi amaçlanmıştır. Bu yöntem, katılımcıların aktif katılımını artırırken öğrenmenin kalıcılığını da desteklemiştir.

Çevrimiçi eğitimlerin ardından, her bir değişken için dördüncü haftada yüz yüze eğitimler düzenlenmiştir. Bu oturumların planlanmasında da WhatsApp grubu aktif olarak kullanılmış ve katılımcıların uygunluk durumlarına göre ortak gün ve saat belirlenmiştir. Yüz yüze eğitimler, ulaşım kolaylığı sağlamak amacıyla Mehmet Cengiz Kadın İstihdam ve Yaşam Merkezi'nde gerçekleştirilmiş, katılımcıların ulaşım giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Bu oturumlarda 45–60 dakikalık teorik anlatımın ardından yaklaşık 30 dakikalık uygulama ve etkinliklerle konuların derinleştirilmesi sağlanmıştır.

Eğitim programı, her bir değişken için üç hafta çevrimiçi ve bir hafta yüz yüze olmak üzere toplam dört oturum şeklinde yapılmıştır. Üç ay süren eğitim sürecinde dokuz çevrimiçi ve üç yüz yüze olmak üzere toplam 12 eğitim oturumu gerçekleştirilmiştir. Bu yapılandırılmış süreç, katılımcıların eğitime düzenli katılımını desteklerken öğrenme sürecinin etkinliğini artırmıştır. Araştırmacıya rehberlik etmesi amacıyla, Peplau'nun psikodinamik hemşirelik kuramı temel alınarak bir eğitim uygulama rehberi geliştirilmiş; bu rehber, beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi olmak üzere üç ana aşamayı kapsayacak şekilde yapılandırılmış ve toplam 12 hafta sürecek biçimde uygulanmıştır.

EĞİTİM UYGULAMA REHBERİ ve EĞİTİM TARİHLERİ

1. AŞAMA: BEDEN DEĞERİ (Hafta 1–4)

1. Hafta – Oryantasyon (Çevrimiçi – 30 Kasım 2025)

Amaç: Güven ortamı oluşturmak, kadınların kendilerini tanıtmalarını kolaylaştırmak, güvenli bir terapötik ilişki başlatmak.

Peplau Rolü: Yabancı kişi (hemşire)– güven temeli kurar.

Uygulama: Bu aşamada, kadınlarla terapötik ilişkinin temelleri oluşturulmuştur. Araştırmacı, samimi ve güven verici bir iletişim dili kullanarak kendini tanıtmış; eğitimin amacı, kapsamı, gizlilik ilkeleri ve grup kuralları açıklanmıştır. Oturumların “eğitim” yerine “buluşma” olarak ifade edilmesiyle daha sıcak ve katılımcı odaklı bir atmosfer oluşturulmuştur. Katılımcıların kendilerini tanıtmaları sağlanmış, her birinden bir “çiçek rumuzu” seçmeleri istenerek grup içi aidiyet ve güven duygusu desteklenmiştir. Fakat kadınların neredeyse hepsi kendi adını kullanmayı tercih etmiştir.

Grup kuralları (WhatsApp grubunda sohbet kuralları, eğitim saatleri, kadınların mahremiyet içeren konularda kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri amacıyla eğitim sırasında grup dışı kişilerin olmaması) birlikte belirlenmiştir. Güven ve mahremiyet vurgusu yapılmıştır.

Mastektomi sonrası ortaya çıkabilecek duygusal tepkiler (kayıp, belirsizlik, beden bütünlüğü algısı), beden algısındaki değişimler ve kadınlık rolüne ilişkin algılar ele alınmış; katılımcıların bedenleriyle ilişkilerine yönelik ilk farkındalıkları (Bedenimle ilişkim nasıl?) geliştirilmeye çalışılmıştır.

- **Ev ödevi:** Ameliyat sonrası beden ve duygularla ilgili üç temel değişikliğin yazılı olarak belirtilmesi (bir sonraki eğitimde kısa süreli değerlendirme)

2. Hafta – Tanımlama (Çevrimiçi – 04 Aralık 2025)

Amaç: Kadınların kendi sorunlarını, duygularını ve ihtiyaçlarını fark etmesini sağlamak.

Peplau Rolü: Hemşire Kaynak kişi – empatik dinleyici.

Uygulama: Oturuma bir önceki hafta verilen ev ödevi hakkında gönüllü olan katılımcılardan paylaşımlarını alarak başlanmış ve buluşmaya samimi bir giriş ile başlanmıştır. Bu oturumda kadınların kendi duygu, düşünce ve gereksinimlerini fark etmeleri desteklenmiştir. Benlik değeri ile ameliyat sonrası fiziksel ve psikososyal değişimler arasındaki ilişki tartışılmıştır.

“Aynada Kendimle Tanışıyorum” etkinliği kapsamında kadınların bedenlerine yönelik ilk düşüncelerini ifade etmeleri sağlanmış ve grup içi paylaşımlarla yalnızlık duygusunun azaltılması hedeflenmiştir.

- **Ev ödevi:** Bedenimin Güçlü Yanları Çizimi: Kadınlara kendi vücutlarını düşünerek; bedeninizin güçlü olduğunu düşündüğünüz bölgelerine hayali kalemlerle küçük kalpler ekleyin ödevi verildi.
- Örneğin: “*Ellerim... Ellerim hala yemek yapıyor, çalışmaya devam ediyorum.*”
- “*Kollarım hâlâ sevdiklerimi, çocuklarımı kucaklayabiliyor gibi.*”

3. Hafta – Yararlanma (Çevrimiçi – 12 Aralık 2025)

Amaç: Terapötik ilişkiyi kullanarak sorunlarla baş etme ve becerilerini geliştirme sürecini desteklemek. Kadınların bedenleriyle yeniden bağ kurmasını desteklemek.

Peplau Rolü: Eğitici, danışman ve kaynak kişi hemşire

Uygulama: Bu aşamada kadınların terapötik süreçten aktif olarak yararlanması hedeflenmiştir. Önceki hafta verilen ödevler üzerinden paylaşımlar yapılmış ve bireylerin güçlü yönleri vurgulanmıştır. Beden farkındalığını artırmaya yönelik nefes temelli gevşeme egzersizleri, pozitif onaylama, mastektomi sonrası aktivite ve egzersiz konuları anlatılmış ve uygulaması yapılmıştır.

4. Hafta – Çözülme (Yüz Yüze – 21 Aralık 2025)

Amaç: Öğrenilen baş etme stratejilerini pekiştirerek bağımsızlığı ve öz-yeterliliği güçlendirmek. Bedenle yeniden barışma ve paylaşımı güçlendirme.

Peplau Rolü: Lider ve destekleyici.

Uygulama: Yüz yüze gerçekleştirilen bu oturumda, öğrenilen baş etme becerilerinin pekiştirilmesi ve beden algısının yeniden yapılandırılması amaçlanmıştır. Teorik anlatım kısmında nefes temelli gevşeme egzersizleri, pozitif onaylama, mastektomi sonrası aktivite ve egzersiz konuları tekrar anlatılmıştır. Daha sonra beden değerine ilişkin grup etkinliği gerçekleştirilmiştir. Bu etkinlik, kadınların bedenlerine yönelik olumlu algı geliştirmelerini, beden değerini güçlendirmelerini ve kendilerini güçlü yönleriyle ifade etmelerini desteklemek amacıyla uygulanmıştır.

- **Grup etkinliği:** Kadınlar renkli kumaş parçalarıyla “**Benim Güçlü Bedenim**” ortak kolajı gerçekleştirdi.

Etkinliğe hazırlık: Buluşmadan önce farklı renk ve dokularda kumaş parçaları, makas, yapıştırıcı temin edildi. WhatsApp grubunda kadınlara etkinlik hakkında bilgi verilmiştir ve kumaşlar paylaşılmıştır. Her kumaşın farklı bir duyguyu temsil ettiği açıklanmıştır (yumuşak olan şefkati, sert olan dayanıklılığı, renkli olan enerjiyi, parlak olan umudu vb.). Ayrıca kendilerine uygun kumaşı evden getirebilecekleri de ifade edilmiştir.

Uygulama: Katılımcılardan bedenlerinin bir yönünü ya da gücünü temsil edecek bir renk veya doku seçmeleri istenmiştir. Seçilen kumaşlar ortak kolaja eklenmiş, her katılımcı ekleme sırasında kısa bir ifade paylaşmış ve bu süreç tüm grup tarafından alkışlarla desteklenmiştir.

Sonlandırma: Kolaj sonunda grup olarak ortaya çıkan tablo ile fotoğraflar çekilmiştir. Oturum sonunda katılımcılardan süreç öncesi ve sonrası beden algılarına ilişkin değerlendirmeleri alınmış ve programın ilk aşaması tamamlanmıştır.

2. AŞAMA: SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI (Hafta 5–8)

5. Hafta – Oryantasyon (Çevrimiçi – 27 Aralık 2025)

Amaç: Sosyal görünüş kavramını tanıtmak ve güvenli paylaşım alanı oluşturmak.

Peplau Rolü: Eğitici, danışman ve kaynak kişi hemşire

Uygulama: Bu oturumda sosyal görünüş kavramı ele alınmış ve güvenli paylaşım ortamı sürdürülmüştür.

“**Benim maskem**” etkinliği ile katılımcıların toplumsal ortamlarda sergiledikleri davranış kalıpları ve gizledikleri duygular ortaya konmuştur.

- Toplum içinde kendinizi nasıl gösterirsiniz? Gizlediğiniz yönleriniz neler? Mastektomi sonrası dış görünüşünüzle ilgili hangi duyguları saklamak zorunda kaldınız? Fiziki olarak neler yaşadınız? (Kambur yürümek, sütyene pamuk doldurmak gibi).
- Kadınlar bunları yazarken “*Maskem ...dır*” şeklinde başladılar (Örneğin “*Gülümseyen maskem var, çünkü üzgün görünürsem insanların daha çok acıyarak baktığını hissediyorum*”).
- Toplumun kadın bedenine yönelik beklentileri tartışılarak farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır.

6. Hafta – Tanımlama Evresi (Çevrimiçi – 3 Ocak 2026)

Amaç: Sosyal çevrenin etkilerini fark etmek.

Peplau Rolü: Kaynak kişi – empatik dinleyici- Rehber

Uygulama: Kadınların sosyal çevrelerinden aldıkları geri bildirimler değerlendirilmiştir. Gözlerini kapatıp ilk ameliyat olacakları zaman toplum tarafından nasıl görüneceklerine ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istendi. Ameliyat sürecine ilişkin toplumsal algılar ve bireysel duygusal tepkiler ele alınarak olumsuz düşünce ve duyguların tanımlanması sağlanmıştır.

7. Hafta – Yararlanma (Çevrimiçi – 8 Ocak 2026)

Amaç: Terapötik ilişkiyi kullanarak sorunlarla baş etme ve becerilerini geliştirme sürecini desteklemek. Kendini sosyal olarak yeniden tanımlama becerisi kazandırmak.

Peplau Rolü: Öğretici, Lider, Rehber, Destekleyici

Uygulama: Bu aşamada kadınlara sosyal olarak daha rahat hissedebilmeleri için protez seçenekleri, memenin yeniden yapılanması ve giyim önerileri anlatılmıştır. Ayrıca bunlara ek olarak bilişsel yeniden yapılandırmayı destekleyen “Olumlu Düşünce Geliştirme” anlatılmış ve örnek uygulamalar yapılmıştır.

Daha sonra kadınların sosyal kimliklerini yeniden yapılandırmaları desteklemek amacıyla “**Benim yeni sosyal kimliğim**” çalışması yapılmış ve kadınların görünüşlerinden bağımsız güçlü yönlerini ifade etmeleri sağlanmış ve öz değer algıları güçlendirilmiştir.

- “**Benim yeni sosyal kimliğim**” çalışması: Kadınlar, görünüşlerinden bağımsız güçlü yönlerini içeren ifadeler söylemiştir.
- “*Ben ... (rumuz). yıllarında önemli bir sağlık süreci yaşadım ama bu süreç bana ... öğretti.*”

- “Bugün kendimi ... yönlerimle güçlü hissediyorum.”
- “İnsanlarla ilişkilerimde ... olmayı önemsiyorum.”
- “Görünüşüm değişti ama benliğim ... sayesinde daha olgun, daha dirençli.”

Örneğin; “Ben Gül. Mastektomi sürecinde sabrımı ve dayanıklılığımı fark ettim. Eskiden sessizdim, şimdi kendi ihtiyaçlarımı ifade edebiliyorum. Görünüşüm değişti ama içimdeki güç değişmedi.”

8. Hafta – Çözölme (Yüz Yüze – 18 Ocak 2026)

Amaç: Sosyal kimliği pekiştirmek.

Peplau Rolü: Öğretici, Kaynak Kişi, Lider, Rehber, Destekleyici

Uygulama: Yüz yüze gerçekleştirilen bu oturumda, ilk olarak teorik anlatım (olumlu düşünme, protez ve giyim önerileri tekrar anlatılmıştır. Etkinlik aşamasında bilişsel yeniden yapılandırmayı destekleyen, kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ile ilgili otomatik olumsuz düşüncelerini fark etmelerini; bu düşünceleri daha gerçekçi, şefkatli ve destekleyici alternatiflerle dönüştürmelerini desteklemek amacıyla “**Olumlu Düşünce Zarfları**” etkinliği uygulanmıştır.

- Kadınlara, günlük yaşamda sıklıkla karşılaşılan olumsuz düşünceleri içeren küçük, renkli zarflar dağıtılmış. Her zarfın arkasında tek bir olumsuz düşünce yer almış ve kadınlardan bu düşüncenin kendilerinde uyandırdığı duyguları fark etmeleri ve ardından zarfın içinde yer alan ya da grup içinde birlikte oluşturulan olumlu/dengeleyici düşünceyi söylemeleri istenmiştir.
- Araştırmacı, paylaşımlar sırasında yargılayıcı olmayan, güvenli bir ortamın sürdürülmesine özen göstermiştir.
- Katılımcıların otomatik olumsuz düşüncelerini fark etmeleri ve bunları daha işlevsel düşüncelerle değiştirmeleri sağlanmıştır. Süreç sonunda sosyal görünüşe ilişkin daha olumlu ve kabul edici tutumların geliştiği gözlemlenmiştir.

3. AŞAMA: CİNSEL YAŞAM KALİTESİ (Hafta 9–12)

9. Hafta – Oryantasyon (Çevrimiçi – 22 Ocak 2026)

Amaç: Cinselliği konuşmak için güvenli ortam oluşturmak.

Peplau Rolü: Danışman

Uygulama: Bu oturumda cinsellik konusunun güvenli bir ortamda ele alınması sağlanmıştır.

- **“Cinsellik nedir?” kelime bulutu:** Katılımcılar cinselliği tanımlayan (bir duygu, düşünce, renk, simge) kelimeleri ifade etmiş ve araştırmacı sunum üzerinde bunları bir bulut içine yazmıştır. Bu bulut üzerinden cinselliğin kadınlar için neler ifade ettiği ve cinselliğin tek bir tanımı olmadığı vurgulanmıştır.
- Cinselliğe ilişkin mitler ve yanlış inanışlar ele alınmıştır.
- Oturum sonunda grupta mastektomi sonrası yaşanan cinsel deneyimler ile ilgili paylaşımlar olmuş ve güven ortamının sağlandığı görülmüştür.

10. Hafta – Tanımlama (Çevrimiçi – 29 Ocak 2026)

Amaç: Cinselliğe dair endişeleri fark etmek ve endişelere başa çıkmaya yönelik beceri kazanmak

Peplau Rolü: Öğretici, Destekleyici

Uygulama: Kadınların mastektomi sonrası cinsel konulardaki endişeleri yargısız bir biçimde dinlenmiş ve paylaşım yapmaları için cesaretlendirilmiştir. Böylelikle bu aşamada hissedilen olumsuz durumlar tanımlanmaya çalışılmıştır.

11. Hafta – Yararlanma Evresi (Çevrimiçi – 6 Şubat 2026)

Amaç: Cinselliğe yönelik olumlu baş etme mekanizmalarını geliştirmek.

Peplau Rolü: Öğretici, Kaynak Kişi, Lider, Rehber, Destekleyici

Uygulama: Bu aşamada olumsuz duygularla baş etmek için beden farkındalığını güçlendiren progresif gevşeme çalışmasının basamakları ile anlatılıp uygulaması gösterilmiştir. Ayrıca kadınlara partnerle iletişim, mahremiyet hakkında eğitim verilmiş; cinsel sorunlara yönelik pratik çözüm önerileri sunulmuştur.

12. Hafta – Çözülme (Yüz Yüze – 15 Şubat 2026)

Amaç: Cinsel benlik algısını güçlendirmek ve programı duygusal olarak kapatmak.

Peplau Rolü: Öğretici, Kaynak Kişi, Lider, Rehber, Destekleyici

Uygulama: Programın son oturumunda, kadınların eğitim süreci boyunca edindikleri kazanımları fark etmelerini, yaşadıkları değişimi anlamlandırmalarını ve süreci olumlu duygularla tamamlamalarını sağlamak amacıyla **“Yeniden Doğuş”** temalı kapanış etkinliği gerçekleştirilmiştir. Kadınlar, kendilerini temsil eden hayali sembolik objeler seçerek süreç

boyunca yaşadıkları değişimi ifade etmişlerdir ve duygusal olarak süreci tamamlamaları sağlanmıştır.

Araştırmacı kadınlara bir açıklama yapmıştır. Bugün, birlikte çıktığımız bu yolculuğun son durağındayız. Her biriniz bu süreçte geçmiş benliğinizle, bedeninizle, duygularınızla yeniden tanıştınız. Şimdi sizden, hayali objeler seçerek kendinizi ifade etmenizi istiyorum. Kadınlar sırayla hayal ettikleri objeler ile kendilerini bağdaştırarak kısa birer cümle paylaşmıştır.

- *“Bu taş bana gücümü hatırlatıyor. Artık dayanıklıyım.”*
- *“Bu kelebek, yeniden özgür hissettiğim anı simgeliyor.”*
- *“Anahtar, kendimi yeniden keşfetmemin kapısını açtığımı temsil ediyor.”*
- *“Çiçek, yeniden açmayı seçtiğim hayatımı temsil ediyor.”*

Etkinlikten sonra kadınlara üzerinde güç ve öz- değer notları içeren kitap ayraçları hediye edilmiştir ve kapanış konuşması yapılarak grup sonlandırılmıştır.

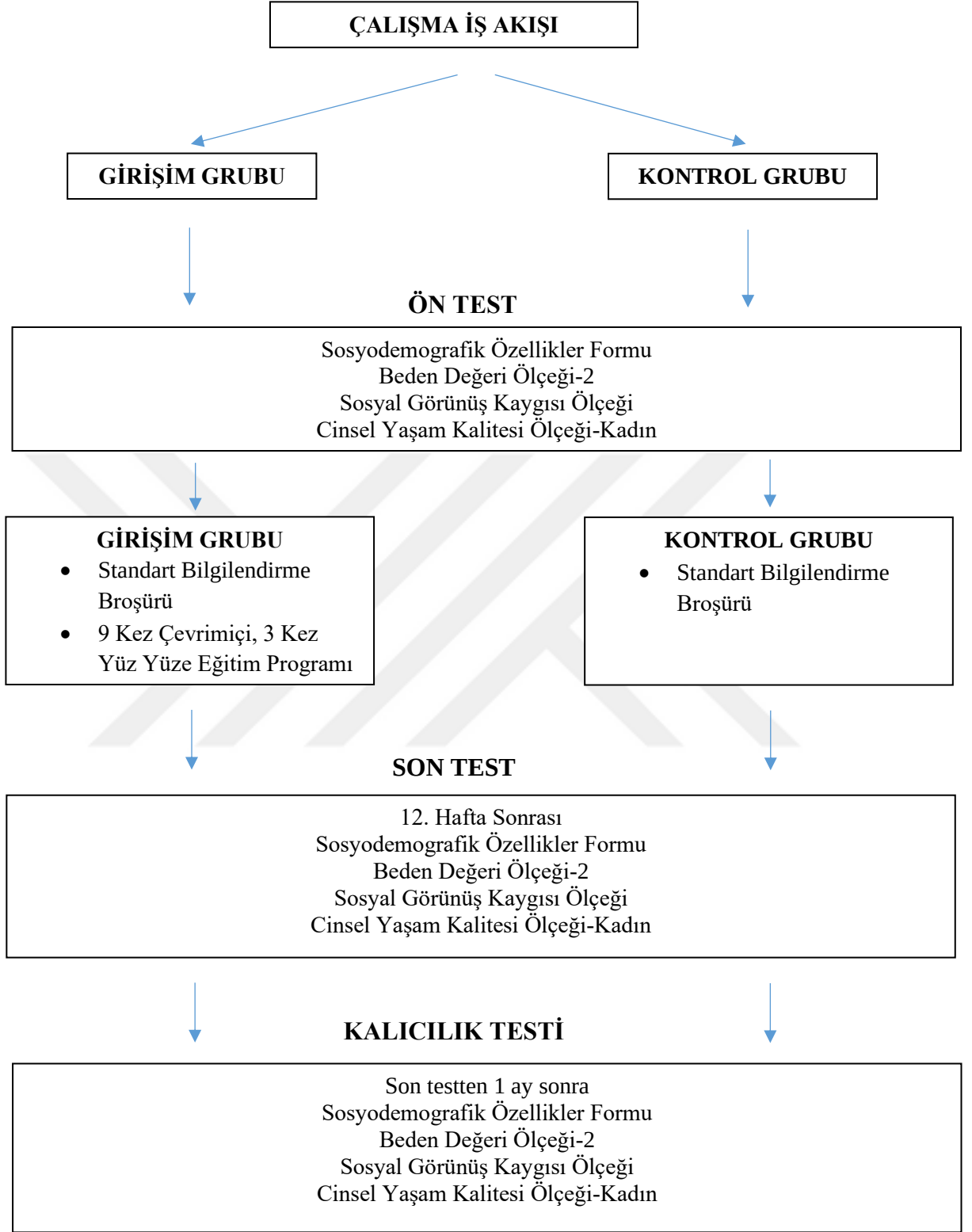
Hazırlanan 12 haftalık eğitim programını uygulamaya başlamadan önce araştırmacıya yol gösterici olması amacıyla oluşturulan “Eğitim Uygulama Rehberi” Tablo 4’de sunulmuştur.

3.6.3 Kontrol Grubu Uygulama Basamakları

Kontrol grubunda yer alan katılımcılara ön test sonrası hazırlanan “Standart Bilgilendirme Broşürü” verilmiştir. Kontrol grubu verileri ön test, son test, 1. ay kalıcılık girişim grubu ile eş zamanlı olarak toplanmıştır. Girişim ve kontrol grubuna yapılan uygulamaları gösteren iş akış diyagramı Şekil 12’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Eğitim uygulama rehberi

Hafta	Kuramın Aşamaları	Amaç	Hemşire Rolü	Uygulamalar
BEDEN DEĞERİ				
1	Oryantasyon (Çevrimiçi)	Güven ortamı oluşturmak ve terapötik ilişkiyi başlatmak	Yabancı kişi	Araştırmacı kendini tanıttak, eğitimin amacı ve kuralları açıklanacak, katılımcılar kendilerini tanıttak ve isteyen katılımcılar rumuz kullanacak, grup kuralları birlikte belirlenecek, mahremiyet vurgulanacak, beden algısına yönelik farkındalık başlatılacak, ev ödevi verilecektir.
2	Tanımlama (Çevrimiçi)	Duyguların ve ihtiyaçların fark edilmesini sağlamak	Kaynak kişi	Önceki hafta ödevi değerlendirilecek, benlik değeri ile değişimler tartışılacak, “Aynada Kendimle Tanışıyorum” etkinliği uygulanacak, paylaşımlar teşvik edilecek, bedenın güçlü yönleri çizim ödevi verilecektir.
3	Yararlanma (Çevrimiçi)	Baş etme becerilerini geliştirmek	Eğitici, danışman	Ev ödevleri tartışılacak, güçlü yönler vurgulanacak, nefes egzersizi yaptırılacaktır.
4	Çözölme (Yüz yüze)	Öz-yeterliliği güçlendirmek	Lider	“Benim Güçlü Bedenim” kolaj etkinliği yapılacak, grup paylaşımı sağlanacak, süreç değerlendirmesi yapılacaktır.
SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI				
5	Oryantasyon (Çevrimiçi)	Güvenli paylaşım ortamı oluşturmak	Eğitici, danışman	“Benim maskem” etkinliği uygulanacak, sosyal görünüş kavramı tartışılacak, toplumsal beklentiler ele alınacaktır.
6	Tanımlama (Çevrimiçi)	Sosyal etkileri fark ettirmek	Kaynak kişi	Katılımcılar değişen bedenlerine yönelik çevreden duydukları ifadeleri paylaşacak, ameliyat sürecine ilişkin düşünceler tartışılacak, olumsuz duygular tanımlanacaktır.
7	Yararlanma (Çevrimiçi)	Sosyal kimlik geliştirmek	Eğitici, lider	“Yeni sosyal kimliğim” etkinliği yaptırılacak, güçlü yönler yazdırılacak, öz farkındalık artırılacaktır.
8	Çözölme (Yüz yüze)	Sosyal kimliği pekiştirmek	Lider, destekleyici	Olumlu düşünce kartları etkinliği uygulanacak, bilişsel yeniden yapılandırma desteklenecek, paylaşım yapılacaktır.
CİNSEL YAŞAM KALİTESİ				
9	Oryantasyon (Çevrimiçi)	Güvenli ortam oluşturmak	Danışman	“Cinsellik nedir?” kelime bulutu etkinliği yapılacak, mitler tartışılacak, güven ortamı sağlanacaktır.
10	Tanımlama (Çevrimiçi)	Endişeleri fark ettirmek	Eğitici	Cinsel kaygılar paylaşılacak, duygular tanımlanacak, progresif gevşeme egzersizi uygulanacaktır.
11	Yararlanma (Çevrimiçi)	Baş etme becerileri geliştirmek	Eğitici, lider	Partner iletişimi eğitimi verilecek, çözüm önerileri sunulacaktır.
12	Çözölme (Yüz yüze)	Programı sonlandırmak	Lider, destekleyici	“Yeniden doğuş” etkinliği yapılacak, sembolik paylaşımlar gerçekleştirilecek, kapanış yapılacaktır.



Şekil 12. Çalışma iş akışı

3.7. Verilerin Analizi

Veriler, IBM SPSS Statistics 22.0 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı özellikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleriyle; ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri ile değerlendirilmiştir.

Normal dağılım analizine ilişkin bulgular incelendiğinde, tüm değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1.5 sınırları içerisinde olduğu görülmektedir (Tablo 5). Literatürde çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1.5 aralığında olmasının normal dağılım için kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (174, 175). Bu doğrultuda, araştırma verilerinin normal dağılım varsayımını sağladığı kabul edilmiş ve analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.

Tablo 5. Normal dağılım tablosu

Değişken	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Eğitim öncesi beden değeri	-0.771	-0.041
Eğitim sonrası beden değeri	-1.420	1.430
Eğitim kalıcılık beden değeri	-1.301	1.276
Eğitim öncesi sosyal görünüş kaygısı	1.056	0.117
Eğitim sonrası sosyal görünüş kaygısı	1.320	1.420
Eğitim kalıcılık sosyal görünüş kaygısı	1.340	1.480
Eğitim öncesi cinsel yaşam kalitesi	-0.644	-0.643
Eğitim sonrası cinsel yaşam kalitesi	-1.106	0.890
Eğitim kalıcılık cinsel yaşam kalitesi	-0.603	0.524

Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplar t-testi; grup içi zamanla değişimlerin değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümler ANOVA uygulanmıştır. Tekrarlı ölçümler analizinde sphericity (küresellik) varsayımı, ölçümler arasındaki farkların varyanslarının eşitliği açısından değerlendirilmiştir. Bu varsayım Mauchly testi ile incelenmiş, varsayımın sağlandığı durumlarda standart analiz sonuçları dikkate alınmış, sağlanmadığı durumlarda ise Greenhouse-Geisser düzeltmesi uygulanmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda, birden fazla grup veya zaman noktasının birbirleriyle ayrı ayrı karşılaştırılması durumunda ortaya çıkabilecek Tip I hata (yanlış pozitif sonuç) riskini azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Analizlerde etki büyüklüğünü belirlemek amacıyla bağımsız gruplar karşılaştırmalarında Cohen's d, tekrarlı ölçümler analizlerinde ise kısmi eta kare (η^2) değerleri

raporlanmıştır. Cohen's d için 0.20 küçük, 0.50 orta ve 0.80 büyük etki büyüklüğü olarak; kısmi eta kare için ise 0.01 küçük, 0.06 orta ve 0.14 büyük etki büyüklüğü olarak değerlendirilmiştir (163).

Ayrıca kapsam dışı bırakılan katılımcılara ait veriler, tüm veri seti ile birlikte analiz edilmiş; bu verilerin sonuçları etkilemeyecek düzeyde olduğu ve veri homojenliğini bozmadığı belirlenmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik açıdan uygunluğu Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu, 24.09.2024 tarih ve E-13562490-050.01.04-562578 sayılı karar ile onaylanmıştır (Ek 9).

Çalışmada kullanılmak üzere hasta verilerinin temin edilmesi amacıyla Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 11.02.2025 tarih ve E-48814514-622.03-42945 sayılı kurum izni alınmıştır (Ek 10).

Çalışmaya katılan bireylere çalışmanın amacı açıklanmış, elde edilen verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı ve araştırma raporu dışında herhangi bir yerde paylaşılmayacağı; istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları hem sözlü hem de yazılı olarak bildirilmiş ve bilgilendirilmiş hasta onam formu imzalatılmıştır (Ek 11).

Çalışmada kullanılan ölçekler için Türkçe geçerlik çalışmasını yapan yazarlardan e-mail yoluyla kullanım izni alınmıştır (Ek 12).

Çalışmanın yüz yüze eğitimlerinin gerçekleştirildiği Trabzon Büyükşehir Belediyesi bünyesinde hizmet veren “Mehmet Cengiz Kadın İstihdam ve Yaşam Merkezi” müdürü ile görüşülerek çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve konferans salonunun kullanımı için sözel izin alınmıştır.

Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır:

- Çalışma, tek merkezde (Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi) yürütülmüş olup, elde edilen bulguların genellenebilirliği sınırlı olabilir.
- Örneklem büyüklüğü sınırlı sayıda katılımcıdan oluştuğu için sonuçlar daha geniş popülasyonlara genellenirken dikkatli olunmalıdır.

4. BULGULAR

Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit eğitimin mastektomi geçiren kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla elde edilen bulgular bu bölümde sunulmuştur.

Bu kapsamda, öncelikle katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine yer verilmiş, ardından girişim ve kontrol gruplarının karşılaştırmalı analizleri ile eğitim programının etkisini ortaya koyan bulgular sunulmuştur.

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özellikleri Tablo 6'da sunulmuştur. Gruplar arasında eğitim durumu ($X^2=0.526$, $p=0.769$), meslek ($X^2=4.612$, $p=0.329$), aile aylık gelir düzeyi ($X^2=2.016$, $p=0.569$), medeni durum ($X^2=0.128$, $p=0.517$), birlikte yaşanan kişiler ($X^2=0.001$, $p=0.649$), destek olan kişi varlığı ($X^2=0.380$, $p=0.489$) ve sağlık durumu algısı ($X^2=0.177$, $p=0.981$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde ailede meme kanseri öyküsü ($X^2=2.899$, $p=0.073$), sürekli ilaç kullanımı ($X^2=0.145$, $p=0.479$), meme kanseri evresi ($X^2=2.266$, $p=0.519$), lenf nodu alınma durumu ($X^2=1.171$, $p=0.200$), ameliyatla alınan meme sayısı ($X^2=1.809$, $p=0.405$), kemoterapi ($X^2=1.848$, $p=0.187$), radyoterapi ($X^2=3.229$, $p=0.114$), hormon tedavisi ($X^2=0.026$, $p=0.536$), hastalığın aile ilişkilerine etkisi ($X^2=0.163$, $p=0.439$), hastalık öncesi cinsel yaşam durumu ($X^2=0.141$, $p=0.932$) ve ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumu ($X^2=1.597$, $p=0.450$) açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sürekli değişkenler açısından yapılan karşılaştırmada da girişim ve kontrol grupları arasında yaş ($t=-0.447$, $p=0.656$) ve ameliyat sonrası geçen süre ($t=-0.749$, $p=0.455$) bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırma gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından homojen olduğunu ve müdahale öncesinde karşılaştırılabilir nitelikte olduğunu göstermektedir.

Tablo 6. Tanımlayıcı özellikler

		Girişim (n=34)		Kontrol (n=35)		p
		n	%	n	%	
Eğitim Durumu	İlkokul/ortaokul Mezunu	9	%26.5	7	%20.0	$X^2=0.526$ $p=0.769$
	Lise Mezunu	11	%32.4	11	%31.4	
	Üniversite Mezunu	14	%41.2	17	%48.6	
Meslek	Ev Hanımı	17	%50.0	16	%45.7	$X^2=4.612$ $p=0.329$
	Memur	12	%35.3	9	%25.7	
	İşçi	3	%8.9	5	%14.3	
	Emekli- Serbest Meslek	2	%5.8	5	%14.3	
Gelir Durumu	İyi	17	%50.0	18	%51.4	$X^2=2.016$ $p=0.569$
	Orta	16	%47.1	16	%45.7	
	Kötü	1	%2.9	1	%2.9	
Medeni Durum	Evli	31	%91.2	31	%88.6	$X^2=0.128$ $p=0.517$
	Partneri ile yaşıyor	3	%8.8	4	%11.4	
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Eşimle/partnerimle	3	%8.8	3	%8.6	$X^2=0.001$ $p=0.649$
	Eşim ve Çocuklarımla	31	%91.2	32	%91.4	
Destek Olan Kişi Varlığı	Evet	32	%94.1	34	%97.1	$X^2=0.380$ $p=0.489$
	Hayır	2	%5.9	1	%2.9	
Sağlık Durumu Algısı	Çok İyiyim	6	%17.6	5	%14.3	$X^2=0.177$ $p=0.981$
	İyiyim	21	%61.8	22	%62.9	
	Kötüyüm	7	%20.5	8	%22.9	
Ailede Meme Ca Öyküsü	Evet	8	%23.5	15	%42.9	$X^2=2.899$ $p=0.073$
	Hayır	26	%76.5	20	%57.1	
Sürekli İlaç Kullanımı	Evet	28	%82.4	30	%85.7	$X^2=0.145$ $p=0.479$
	Hayır	6	%17.6	5	%14.3	
Meme Ca Evresi	Evre 1	13	%38.2	10	%28.6	$X^2=2.266$ $p=0.519$
	Evre 2	10	%29.4	14	%40.0	
	Evre 3	1	%29.4	8	%22.9	
	Evre 4	1	%2.9	3	%8.6	
Lenf Nodu Alınma Durumu	Evet	19	%55.9	15	%42.9	$X^2=1.171$ $p=0.200$
	Hayır	15	%44.1	20	%57.1	
Ameliyatla Alınan Meme Sayısı	Tek Meme	13	%38.2	18	%51.4	$X^2=1.809$ $p=0.405$
	İki Meme	5	%14.7	6	%17.1	
	Memenin Bir Kısım	16	%47.1	11	%31.4	
Kemoterapi Alma Durumu	Evet	1	%2.9	4	%11.4	$X^2=1.848$ $p=0.187$
	Hayır	33	%97.1	31	%88.6	
Radyoterapi Alma Durumu	Evet	3	%8.8	0	%0.0	$X^2=3.229$ $p=0.114$
	Hayır	31	%91.2	35	%100.0	
Hormon Tedavisi Alma Durumu	Evet	22	%64.7	22	%62.9	$X^2=0.026$ $p=0.536$
	Hayır	12	%35.3	13	%37.1	
Hastalığın Aile İlişkilerine Etkisi	Yakınlaştırdı	12	%35.3	14	%40.0	$X^2=0.163$ $p=0.439$
	Değişmedi	16	%47.1	18	%51.4	
	Uzaklaştırdı	6	%17.6	3	%8.6	
Hastalık Öncesi Cinsel Yaşam Durumu	İyi/çok İyi	15	%44.1	17	%48.6	$X^2=0.141$ $p=0.932$
	Ne İyi Ne Kötü	19	%55.9	18	%51.4	
Ameliyatın Cinsel Yaşamı Etkileme Durumu	Etkiledi	21	%61.8	17	%48.6	$X^2=1.597$ $p=0.450$
	Etkilemedi	8	%23.5	13	%37.1	
	Bilemiyorum	5	%14.7	5	%14.3	
Yaş		Ort	Ss	Ort	Ss	t/p
Ameliyat Sonrası Geçen Süre Ay		44.500	7.145	45.200	5.800	-0.447/0.656
		24.820	10.695	27.140	14.655	-0.749/0.455

X^2 :Ki-Kare Analizi; t:Bağımsız Gruplar T-Testi

Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı verilen hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların beden değeri üzerindeki etkisi Tablo 7’de incelenmiştir. Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi beden değeri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($t=0.547$, $p=0.586$). Bu bulgu, grupların başlangıçta homojen olduğunu göstermektedir. Eğitim sonrası ölçümlerde ise girişim grubunun beden değeri puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t=5.199$, $p<0.001$, $d=1.252$). Benzer şekilde kalıcılık ölçümünde de girişim grubunun puan ortalamasının kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=6.251$, $p<0.001$, $d=1.505$). Elde edilen Cohen’s d değerleri, müdahalenin hem eğitim sonrası hem de kalıcılık döneminde çok büyük düzeyde etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 7. Beden Değeri Ölçeği-2 puanlarının gruba göre farklılaşma durumu

Gruplar	Girişim (n=34)		Kontrol (n=35)		t ^a	p	Cohen d
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Eğitim Öncesi Beden Değeri	39.441	8.684	38.229	9.693	0.547	0.586	-
Eğitim Sonrası Beden Değeri	46.088	3.888	37.800	8.467	5.199	<0.001	1.252
Eğitim Kalıcılık Beden Değeri	46.559	3.475	37.114	8.116	6.251	<0.001	1.505
F^b	17.050		0.133				
p	<0.001		0.855				
Bonferroni	1<2,3						
η²	0.341						
Grup × Zaman	F=5.945, p=0.006, η²=0.082						

a: Bağımsız gruplar t-testi, b: Tekrarlı ölçümler ANOVA

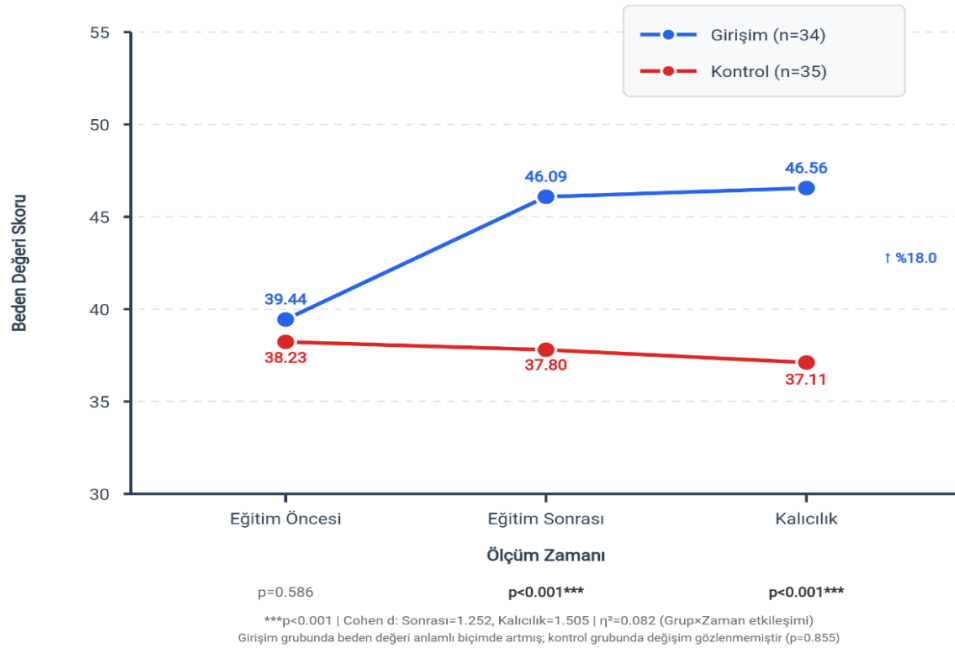
Bonferroni: Çoklu karşılaştırma testi (1=Eğitim öncesi, 2=Eğitim sonrası, 3=Kalıcılık)

Cohen’s d: 0.20 küçük, 0.50 orta, 0.80 ve üzeri büyük etki büyüklüğü

η²: Kısmi eta kare etki büyüklüğü (0.01 küçük, 0.06 orta, 0.14 büyük)

Grup × zaman etkileşimi için Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılmıştır.

Grup içi değişimler incelendiğinde, girişim grubunda zaman içinde beden değeri puanlarının anlamlı düzeyde arttığı ($F=17.050$, $p<0.001$; Bonferroni: öncesi < sonrası, kalıcılık) görülürken, kontrol grubunda anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($F=0.133$, $p=0.855$). Ayrıca grup ve zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($F=5.945$, $p=0.006$, $\eta^2=0.082$). Bu etkileşim, uygulanan hibrit eğitimin zaman içerisinde gruplar arasında farklılaşan bir etki oluşturduğunu ve müdahalenin beden değeri üzerinde orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermektedir (Şekil 13).



Şekil 13. Beden Değeri Ölçeği-2 puanlarının zamana göre değişimi

Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı verilen hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların sosyal görünüş kaygısı üzerindeki etkisi Tablo 8’de incelenmiştir. Eğitim öncesi ölçümlerde girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($t=0.804$, $p=0.424$). Bu bulgu, grupların başlangıç düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Eğitim sonrası ölçümlerde girişim grubunun sosyal görünüş kaygısı puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($t=-3.243$, $p=0.002$, $d=0.781$). Kalıcılık ölçümünde de benzer şekilde girişim grubunun kaygı düzeyinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t=-2.125$, $p=0.037$, $d=0.512$). Elde edilen Cohen’s d değerleri, müdahalenin eğitim sonrası dönemde orta-yüksek, kalıcılık döneminde ise orta düzeyde bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 8. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanlarının gruba göre farklılaşma durumu

Gruplar	Girişim (n=34)		Kontrol (n=35)		t ^a	p	Cohen d
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Eğitim Öncesi Sosyal Görünüş Kaygısı	37.471	14.357	34.200	19.043	0.804	0.424	-
Eğitim Sonrası Sosyal Görünüş Kaygısı	23.941	6.945	34.400	17.510	-3.243	0.002	0.781
Eğitim Kalıcılık Sosyal Görünüş Kaygısı	28.588	7.844	34.600	14.569	-2.125	0.037	0.512
F^b	21.438		0.010				
p	< 0.001		0.971				
Bonferroni	1>2,3; 2<3						
η²	0.394						
Grup × Zaman	F=7.644, p=0.002, η²=0.102						

a: Bağımsız gruplar t-testi, b: Tekrarlı ölçümler ANOVA

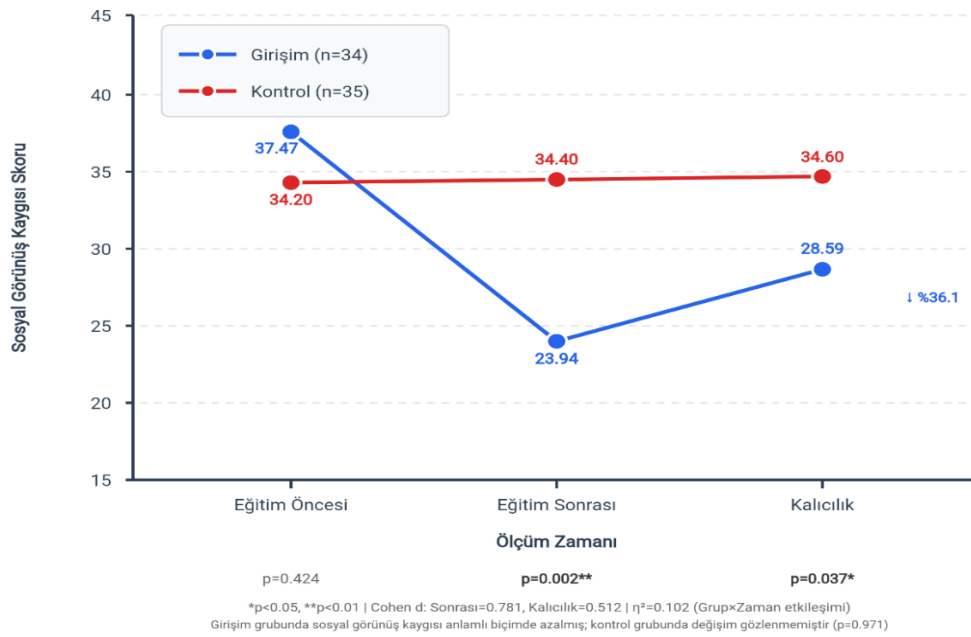
Bonferroni: Çoklu karşılaştırma testi (1=Eğitim öncesi, 2=Eğitim sonrası, 3=Kalıcılık)

Cohen's d: 0.20 küçük, 0.50 orta, 0.80 ve üzeri büyük etki büyüklüğü

η²: Kısmi eta kare etki büyüklüğü (0.01 küçük, 0.06 orta, 0.14 büyük)

Grup × zaman etkileşimi için Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılmıştır.

Grup içi değişimler incelendiğinde, girişim grubunda zaman içinde sosyal görünüş kaygısı puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı (F=21.438, p<0.001; Bonferroni: eğitim öncesi > eğitim sonrası ve kalıcılık, eğitim sonrası < kalıcılık) görülürken, kontrol grubunda anlamlı bir değişim saptanmamıştır (F=0.010, p=0.971). Grup x zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=7.644, p=0.002, η²=0.102). Bu bulgu, hibrit eğitimin sosyal görünüş kaygısı üzerinde zaman içerisinde gruplar arasında farklılaşan bir etki oluşturduğunu ve müdahalenin orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermektedir (Şekil 14).



Şekil 14. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanlarının zamana göre değişimi

Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı verilen hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi Tablo 9’da incelenmiştir. Eğitim öncesi ölçümlerde girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($t=-0.042$, $p=0.967$). Bu durum, grupların başlangıçta benzer özellikler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Eğitim sonrası ölçümlerde girişim grubunun cinsel yaşam kalitesi puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2.871$, $p=0.006$, $d=0.691$). Kalıcılık ölçümünde ise bu farkın daha da belirginleştiği ve girişim grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($t=4.504$, $p<0.001$, $d=1.085$). Elde edilen Cohen’s d değerleri, müdahalenin eğitim sonrası dönemde orta düzeyde, kalıcılık döneminde ise büyük düzeyde bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Tablo 9. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın puanlarının gruba göre farklılaşma durumu

Gruplar	Girişim (n=34)		Kontrol (n=35)		t ^a	p	Cohen d
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Eğitim Öncesi Cinsel Yaşam Kalitesi	60.523	24.380	60.794	28.804	-0.042	0.967	-
Eğitim Sonrası Cinsel Yaşam Kalitesi	76.765	13.222	62.873	25.017	2.871	0.006	0.691
Eğitim Kalıcılık Cinsel Yaşam Kalitesi	75.686	12.703	58.238	18.799	4.504	<0.001	1.085
F^b	11.992		0.566				
p	0.001		0.520				
Bonferroni	1<2,3						
η²	0.267						
Grup × Zaman	F=5.330, p=0.014, η²=0.074						

a Bağımsız gruplar t-testi, b Tekrarlı ölçümler ANOVA

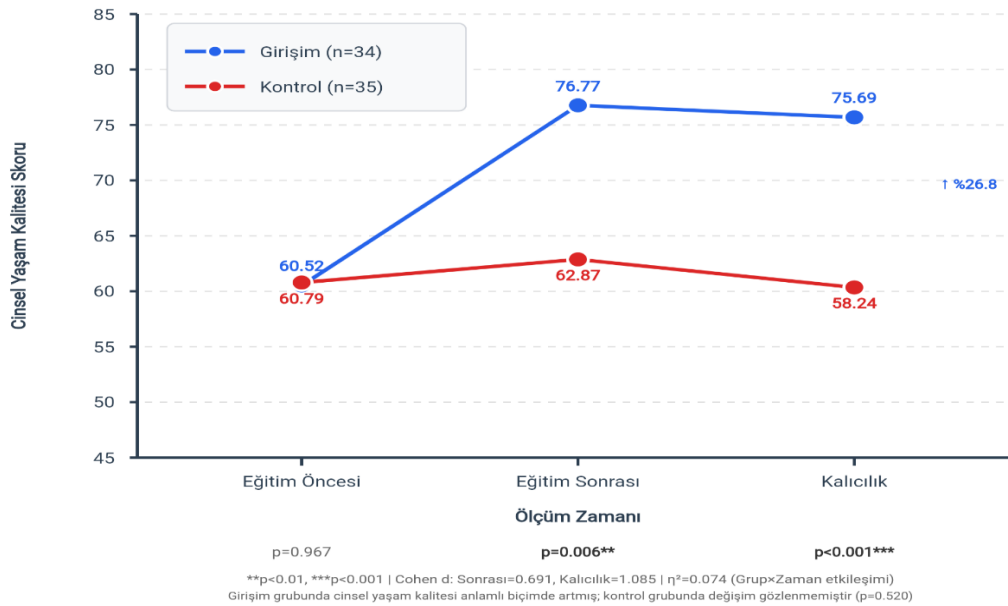
Bonferroni: Çoklu karşılaştırma testi (1=Eğitim öncesi, 2=Eğitim sonrası, 3=Kalıcılık)

Cohen's d: 0.20 küçük, 0.50 orta, 0.80 ve üzeri büyük etki büyüklüğü

η²: Kısmi eta kare etki büyüklüğü (0.01 küçük, 0.06 orta, 0.14 büyük)

Grup × zaman etkileşimi için Greenhouse-Geisser düzeltmesi kullanılmıştır.

Grup içi değişimler incelendiğinde, girişim grubunda zaman içerisinde cinsel yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde arttığı (F=11.992, p=0.001; Bonferroni: eğitim öncesi < eğitim sonrası ve kalıcılık) görülürken, kontrol grubunda anlamlı bir değişim saptanmamıştır (F=0.566, p=0.520). Ayrıca grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=5.330, p=0.014, η²=0.074). Bu bulgu, uygulanan hibrit eğitimin cinsel yaşam kalitesi üzerinde zaman içerisinde gruplar arasında farklılaşan bir etki oluşturduğunu ve müdahalenin orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermektedir (Şekil 15).



Şekil 15. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın puanlarının zamana göre değişimi

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı olarak uygulanan hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Elde edilen bulgular, müdahalenin bu üç önemli psikososyal değişken üzerinde anlamlı ve klinik açıdan güçlü etkiler oluşturduğunu göstermektedir.

Meme kanseri ve özellikle mastektomi süreci, kadınların yalnızca fiziksel bütünlüğünü değil, aynı zamanda beden değerini, sosyal ilişkilerini ve cinsel yaşamını derinden etkileyen çok boyutlu bir deneyimdir. Bu süreçte yaşanan değişimler çoğu zaman bireyin beden algısında kırılmalara, sosyal ortamlarda kaygıya ve cinsel yaşamda bozulmalara yol açabilmektedir. Bu nedenle, mastektomi sonrası bakımın yalnızca tıbbi ve fiziksel boyutla sınırlı kalmayıp bireyin psikososyal uyumunu da kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir.

Psikodinamik hemşirelik kuramı, bireyin yaşadığı deneyimleri duygusal, bilişsel ve ilişkisel boyutlarıyla ele alarak içgörü geliştirmeyi, farkındalığı artırmayı ve uyum sürecini desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu kuramsal çerçevede yapılandırılan hibrit grup eğitimleri; bireyin hem bilgi düzeyini artırmasına hem de duygularını ifade ederek paylaşmasına olanak tanıyan bütüncül bir müdahale yaklaşımı sunmaktadır. Grup ortamı, benzer deneyimlere sahip bireyler arasında destekleyici bir etkileşim alanı oluştururken hibrit yapı, müdahalenin sürekliliğini ve erişilebilirliğini güçlendirmektedir.

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular; tanımlayıcı özellikler, beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi alt başlıkları altında ilgili literatür doğrultusunda ayrı ayrı tartışılmıştır.

5.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada girişim ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından benzer bulunması, çalışmanın iç geçerliliğini güçlendiren önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Deneysel ve yarı deneysel tasarımlarda grupların başlangıçta homojen olması, elde edilen sonuçların müdahaleye atfedilebilirliğini artırmakta ve karıştırıcı değişkenlerin etkisini minimize etmektedir (176). Meme kanseri alanında yapılan çalışmalar, yaşam kalitesi, beden imajı, sosyal görünüş algısı ve cinsel yaşam gibi çok boyutlu sonuçların; yaş, eğitim düzeyi, hastalık evresi, tedavi türü ve sosyal destek gibi

birçok değişkenden etkilendiğini ortaya koymaktadır (177, 178). Dolayısıyla bu çalışmada gruplar arasında anlamlı fark bulunmaması, psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit grup eğitiminin etkilerinin daha güvenilir biçimde değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır.

Literatürde, mastektomi geçiren kadınlarda beden imajı, sosyal ilişkiler ve cinsel yaşamın önemli ölçüde etkilenebildiği; bu değişkenlerin psikososyal müdahalelere duyarlı olduğu bildirilmektedir (82, 179). Ayrıca psikososyal ve eğitim temelli girişimlerin etkinliğini değerlendiren çalışmalarda, başlangıç özellikleri açısından benzer grupların oluşturulmasının sonuçların yorumlanabilirliğini artırdığı ve müdahale etkisinin daha net ortaya konmasını sağladığı vurgulanmaktadır (180, 181). Bu çalışmada da olduğu gibi araştırma gruplarının homojen yapıda olması, elde edilen bulguların metodolojik açıdan güçlü olduğunu ve müdahale programının incelenen değişkenler üzerindeki etkilerinin daha sağlıklı biçimde yorumlanabileceğini göstermektedir.

5.2. Beden Değerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınlarda beden değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve kalıcı bir etki oluşturduğu bulunmuştur ve çalışmanın H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Girişim grubunun eğitim sonrası beden değeri puan ortalaması kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş ve bu etkinin kalıcılık döneminde de sürdüğü belirlenmiştir. Tekrarlı lmler sonucunda ise girişim grubunda anlamlı ve orta düzeyde bir değişim olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, psikoeğitimsel müdahalelerin meme kanseri ve mastektominin beden değeri üzerindeki olumsuz etkisini giderebileceğini desteklemektedir.

Mastektomi, kadının bedenine yönelik algısında köklü bir kırılma yaratabilmektedir. Battistello ve arkadaşları (90) meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlarda beden imajı bozukluğu ile yaşam kalitesinin belirgin biçimde ilişkili olduğunu ve mastektominin konservatif cerrahiye kıyasla beden imajı memnuniyetsizliğini daha fazla artırdığını ortaya koymuştur. Alinejad Mofrad ve arkadaşları (182) ise nitel araştırmaların sistematik derlemesinde mastektominin kadınlardan tarafından feminen kimliğin kaybı ve cinsel çekiciliğin azalması olarak deneyimlendiğini, bunun evlilik ilişkilerinde ciddi güçlüklere yol açtığını bildirmiştir. Bu bağlamda ele alındığında, çalışmada elde edilen etki büyüklüğü değerleri yapılan müdahalenin bu kırılmalık alanına etkin biçimde etki ettiğine işaret etmektedir.

Mastektomi sonrası beden değeriindeki azalma, yalnızca cerrahi kayba bağlı kozmetik bir sorun olarak değil, benlik yapılanmasını etkileyen psikososyal bir kırılma olarak ele alınmalıdır. Rodrigues ve arkadaşlarının (179) meta-analiz çalışmasında kadınların meme kanseri sonrasında bedenlerini "eski bedenle vedalaşma", "bedensel kopuş" ve "değişmiş bedeni yeniden kabul etme" aşamalarıyla deneyimledikleri bildirilmiştir. Literatüre paralel şekilde bu çalışmada beden değerinin eğitim sonrası ve kalıcılık döneminde artması, girişim grubundaki kadınların bedenleriyle yeniden ilişki kurmalarına ve beden kaybını yeni bir benlik örgütlenmesi içinde anlamlandırmalarına katkı sağlandığını düşündürmektedir.

Lewis-Smith ve arkadaşları (183) meme kanseri tedavisi görmüş kadınlarda beden imgesi kaygısını ele alan psikososyal ve fiziksel aktivite temelli girişimlerin etkinliğini değerlendirdikleri sistematik derlemede, psikoeğitim, psikoterapi ve çok oturumlu yüz yüze grup formatının beden imgesi üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığını raporlamıştır. Benzer şekilde bu çalışmada yürütülen hibrit eğitimin hem grup formatı hem de kalıcılık izlemi içermesi, söz konusu metodolojik gereklilikleri karşılama bakımından güçlü bir yönünü oluşturmaktadır.

Weingarden ve arkadaşları (184) mastektomi sonrası beden imgesi bozukluğunun bilişsel ve davranışsal boyutlarını ölçmeye yönelik geliştirdikleri ölçeğin psikometrik analizinde, yaşanan bedensel değişikliklere ilişkin olumsuz görünüm inançlarının ve kaçınma davranışlarının kadınlarda beden imgesi sıkıntısını sürdüren temel mekanizmalar olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada uygulanan hibrit eğitim sonucunda kadınların beden değeri puanları zamanla artmış ve problemi çözmeye yardımcı bir araç olduğu saptanmıştır.

Mehrabi ve arkadaşlarının (185) randomize kontrollü çalışmasında, meme kanserli kadınlara uygulanan grup temelli şefkat odaklı terapinin beden imajını anlamlı biçimde iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Psikodinamik temelli hibrit eğitim, kadınların mastektomi sonrası yaşadıkları kayıp, eksiklik, utanma ve kadınlık rollerine ilişkin tehdit algılarını ifade etmelerine olanak sağlayarak beden değerini artırmış olabilir. Grup ortamı, bireyin kendi yaşantısını başkalarının yaşantılarıyla karşılaştırmasına, duygularını normalize etmesine ve içsel çatışmalarını daha güvenli bir zeminde ele almasına yardım etmiş olabilir.

Kontrol grubunda zaman içinde anlamlı değişiklik saptanmaması, beden değeri alanında spontan iyileşmenin sınırlı olabileceğini ve yalnızca zamanın geçmesinin bu

alandaki güçlükleri çözmek için yeterli olmadığını düşündürmektedir. Meme kaybı sonrası bedensel bütünlüğün bozulması, kadınlık imgesinin zedelenmesi ve aynadan kaçınma gibi tepkiler uygun psikososyal destek verilmediğinde devam edebilmektedir (82, 179). Grup × zaman etkileşiminin anlamlı bulunması, beden değeri puanlarındaki değişimin yalnızca zamana bağlı değil, müdahalenin yön verdiği farklı bir seyir izlediğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı grup eğitimlerinin standart izlem programlarına dahil edilmesi önerilmektedir.

5.3. Sosyal Görünüş Kaygısına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmanın ikinci temel bulgusu, psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların sosyal görünüş kaygısı üzerinde anlamlı düzeyde azaltıcı bir etki gösterdiğini ortaya koymuştur ve çalışmanın H₂ hipotezi kabul edilmiştir. Girişim grubunun eğitim sonrası sosyal görünüş kaygısı puan ortalaması, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuş ve bu etkinin kalıcılık döneminde de sürdüğü belirlenmiştir. Tekrarlı ölçümler sonucunda ise girişim grubunda anlamlı ve orta düzeyde bir değişim olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, hemşirelik temelli psikoeğitimsel girişimlerin sosyal görünüş kaygısını giderme potansiyelini ortaya koymaktadır.

Sosyal görünüş kaygısı, bireyin fiziksel görünümünün başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair kaygıyı ifade eden çok boyutlu bir yapıdır. Meme kanseri ve mastektomi deneyimi bu kaygıyı özellikle artırmaktadır; zira ameliyat sonrası ortaya çıkan bedensel değişiklikler, kadının toplumsal ortamlarda nasıl algılandığına dair köklü endişelere yol açabilmektedir. Özellikle beden bütünlüğünün bozulması, saç kaybı, cerrahi izler ve asimetri gibi değişimlerin bireyde başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusunu artırarak sosyal görünüş kaygısını yükselttiği ifade edilmektedir (186). Bu durum, kadınların sosyal ortamlardan kaçınmasına ve kişilerarası ilişkilerde çekingenlik yaşamasına neden olabilmektedir.

Merckaert ve arkadaşlarının (187) randomize kontrollü çalışmasında, destek, bilişsel-davranışçı teknikler ve gevşeme bileşenlerini içeren çok bileşenli grup müdahalesinin kaygı düzeylerini anlamlı biçimde azalttığı ve kaygı düzenleme becerilerini geliştirdiği gösterilmiştir. Benzer şekilde Esplen ve arkadaşlarının (188) geliştirdiği grup temelli beden imajı müdahalesinde, kadınların sosyal izolasyon, utanma ve başkalarının değerlendirmesine yönelik kaygılarının grup sürecinde paylaşılan deneyimler ve içgörü geliştirme aracılığıyla azaldığı belirtilmiştir. Bu çalışmadaki hibrit grup eğitimi de benzer şekilde kadınların yalnız

olmadıklarını fark etmelerini ve sosyal değerlendirme korkusunun yeniden yapılandırılmasını sağlayarak sosyal görünüş kaygılarını azaltmış olabilir.

Karaaziz ve arkadaşlarının (189) çalışmasında grup temelli kabul ve kararlılık terapisinin sosyal görünüş kaygısını anlamlı biçimde azalttığı ve bu etkinin izlem döneminde de sürdüğü gösterilmiştir. Benzer şekilde Giles ve Waller (190) beden algısına yönelik kısa süreli müdahalelerin bile sosyal görünüş kaygısında büyük etki büyüklükleriyle azalma sağlayabildiğini bildirmiştir. Bu bulgular, sosyal görünüş kaygısının değiştirilebilir bir yapı olduğunu ve özellikle bilişsel-duygusal süreçlere odaklanan müdahalelerle azaltılabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada kullanılan hibrit grup eğitimi modeli ile kadınların sosyal görünüş kaygıları azalmıştır ve sonuçlar literatür ile örtüşmektedir.

Favez ve Cairo Notari (191), ameliyat sonrası birinci yıl boyunca takip ettikleri meme kanserli kadınlarda kaçınmacı ve kaygılı bağlanma eğilimlerinin hem daha olumsuz beden imgesi hem de daha yoğun sosyal çekilme ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Söz konusu çalışma, psikodinamik kuramın bağlanma örüntüleri ile bedensel kaygı arasındaki ilişkiyi ele almasının bu popülasyonda özellikle anlamlı olduğuna dikkat çekmektedir. Bu çalışmada yürütülen eğitim programı bu kuramsal çerçeveye paralel biçimde bağlanma örüntülerini, benlik algısını ve sosyal işlevselliği hedef almış; bu durum sosyal görünüş kaygısındaki düşüşü açıklayan kritik mekanizmalardan biri olarak değerlendirilebilir. Ancak girişim grubunda kalıcılık etkisinin zamanla azaldığı gözlenmiştir. Bu sonuç, “Sosyal görünüş kaygısı, bireyin sosyal çevresiyle sürekli etkileşim halinde şekillenen dinamik bir yapıya sahip olduğundan, tek seferlik müdahaleler yerine süreklilik içeren programların daha kalıcı etkiler oluşturabileceğini göstermektedir” şeklinde yorumlanabilir.

Kontrol grubunda sosyal görünüş kaygısında anlamlı bir değişim görülmemesi, bu alandaki iyileşmenin kendiliğinden gerçekleşmediğini ve müdahale gerektirdiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle mastektomi sonrası bakımda sosyal görünüş kaygısının sistematik olarak değerlendirilmesi ve bu alana yönelik yapılandırılmış hemşirelik girişimlerinin uygulanması önerilmektedir.

5.4. Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmanın üçüncü temel bulgusu, psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınların cinsel yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı, büyük ölçekli ve kalıcı bir etki oluşturduğunu göstermektedir ve çalışmanın H₃ hipotezi kabul edilmiştir. Girişim grubunun eğitim sonrası cinsel yaşam kalitesi puan

ortalaması, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş; kalıcılık döneminde bu farkın daha da arttığı ve büyük etki büyüklüğüne ulaştığı belirlenmiştir. Tekrarlı ölçümler sonucunda ise girişim grubunda anlamlı ve orta düzeyde bir değişim olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, hemşirelik temelli psikoeğitimsel girişimlerin cinsel yaşam kalitesindeki yetersizliği giderme potansiyelini ortaya koymaktadır.

Meme kanseri ve mastektomi, cinsel sağlık üzerinde çok boyutlu olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Tedavi sürecine bağlı hormonal değişiklikler, beden imajındaki bozulma, ağrı, yorgunluk ve psikolojik etkiler; cinsel istekte azalma, uyarılma güçlüğü ve doyunda düşüş gibi sorunlara yol açabilmektedir (192, 193). Alinejad Mofrad ve arkadaşları (182), mastektominin feminen kimlik kaybı ve eşe karşı cinsel çekicilik kaybı olarak deneyimlendiğini, bu durumun evlilik ilişkilerinde ciddi gerilime yol açtığını bildirmiştir. Ayrıca cinselliğin sağlık profesyonelleri tarafından çoğu zaman yeterince ele alınmaması ve kadınların bu konuyu ifade etmekte zorlanmaları, sorunların kronikleşmesine neden olabilmektedir (194).

García-Solbas ve arkadaşları (195) mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalarda yaptıkları kesitsel çalışmalarında cinsel doyum alt ölçeğinin tüm yaşam kalitesi boyutları arasında en düşük puanı aldığını bildirmiştir. Bu çalışmada da tüm değişkenler arasında en az değişim cinsel yaşam kalitesi puanlarında görülmüştür. Paçarić ve arkadaşları (196) her iki rekonstrüksiyon grubunun psikolojik ve cinsel iyilik hali alanlarında düşük puanlar aldığını, rekonstrüksiyonun tek başına cinsel yaşam kalitesini yeterince iyileştirmediğini ortaya koymuştur (197). Bu bulgu, cerrahi en iyi planlanmış biçimde uygulanmış olsa bile cinsellik alanında memnuniyetsizliğin devam ettiğini göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular hemşirelik temelli psikoeğitimsel destekler ile bu sorunların üstesinden gelinebileceğini göstermektedir.

Saruhan ve Özkan'ın (197) randomize kontrollü çalışmasında, mastektomi geçiren kadınlara verilen 6 haftalık psikoeğitim programının cinsel yaşam kalitesini anlamlı düzeyde artırdığı gösterilmiştir. Barjasteh ve arkadaşlarının (198) yürüttüğü randomize kontrollü çalışmada ise grup temelli cinsel danışmanlık müdahalesinin cinsel doyum, işlev ve iletişim üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı ve bu etkinin izlem sürecinde devam ettiği gösterilmiştir. Benzer şekilde bu çalışmada da müdahale sonrası ve izlem döneminde girişim grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı ve zaman içinde artışın sürdüğü bulunmuştur.

Sopfe ve arkadaşlarının (199) kanserli kadınlarda cinsel sağlık girişimlerini inceleyen derlemesinde psikoeğitim bileşeni içeren programların cinsel işlev, beden imgesi ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığını ve cinsel sağlık kaygılarının klinik pratikte yetersiz ele alındığını, cinsel müdahalelerin sistematik biçimde hemşirelik bakımına entegre edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Suo ve arkadaşları (200) ise radikal mastektominin, düşük cinsel öz-kabul düzeyinin ve kaçınmacı baş etme tarzının cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bulmuş; cinsel sağlığa ilişkin doğru bilgi edinmenin ve öz-kabulün artırılmasının temel müdahale stratejileri olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde cinsel yaşam kalitesini etkileyen boyutlara odaklanılmış ve uygulanan girişimin bu alan üzerinde olumlu etkiler sağladığı belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, literatürde yer alan çalışmalarla paralellik göstermekte olup, cinsel yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde psikodinamik temelli eğitim müdahalelerinin etkili olduğunu desteklemektedir.

Girişim grubunda cinsel yaşam kalitesinin kalıcılık döneminde daha da artması, eğitim programının öğrenilen bilgi ve farkındalıkların zaman içinde pratiğe dönüştürülmesini mümkün kıldığını düşündürmektedir. Çalışmamızda katılımcıların cinsel yaşamlarına dair kaygılarını güvenli grup ortamında paylaşabilmeleri, müdahalenin etkisini pekiştiren önemli bir süreç değişkeni olarak dşnlmektedir. Kontrol grubunda cinsel yaşam kalitesinde anlamlı bir değişim olmaması ise cinsel sağlığın rutin bakımın bir parçası olarak ele alınmasının gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, psikodinamik hemşirelik kuramı temelli olarak yapılandırılan hibrit grup eğitiminin mastektomi geçiren kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir.

- Müdahale öncesinde girişim ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler ile temel ölçüm değişkenleri homojen olarak bulunmuştur.
- Psikodinamik hemşirelik kuramı temelli hibrit grup eğitimi, beden değerini artırmaya yönelik kalıcı ve olumlu bir etki ortaya koymuştur.
- Psikodinamik hemşirelik kuramı temelli hibrit grup eğitimi, sosyal görünüş kaygısını azaltmaya yönelik kalıcı ve olumlu bir etki ortaya koymuştur.
- Psikodinamik hemşirelik kuramı temelli hibrit grup eğitimi, cinsel yaşam kalitesini artırmaya yönelik kalıcı ve olumlu bir etki ortaya koymuştur.
- Psikodinamik kuramın sağladığı içgörü geliştirme, bastırılmış duyguların fark edilmesi ve yeniden anlamlandırılması süreçleri ile grup temelli yaklaşımın sunduğu sosyal destek, paylaşım ve normalizasyon deneyiminin sinerjik biçimde çalıştığı değerlendirilmektedir. Hibrit (yüz yüze + çevrimiçi) yapının ise erişilebilirliği artırarak müdahalenin sürdürülebilirliğini ve katılımcı etkileşimini güçlendirdiği söylenebilir.
- Sonuç olarak, bu çalışma psikodinamik temelli hibrit grup eğitimlerinin mastektomi geçiren kadınlarda psikososyal uyumu artırmada etkili, güçlü ve kalıcı bir hemşirelik girişimi olduğunu ortaya koymakta; özellikle beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi gibi klinik uygulamada sıklıkla ihmal edilen alanlarda yapılandırılmış eğitim programlarının gerekliliğine güçlü bir kanıt sunmaktadır.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda öneriler;

- Sağlık çalışanları mastektomi geçiren kadınların bakım sürecinde yalnızca fiziksel iyileşmeye değil, beden algısı, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesi gibi psikososyal yönleri de yer verebilir.
- Psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı grup eğitimleri, onkoloji kliniklerinde standart bakım programlarına entegre edilerek yaygınlaştırılabilir.

- Hibrit (yüz yüze + çevrimiçi) eğitim modelleri, erişilebilirliği artırması ve süreklilik sağlaması açısından sağlık çalışanları tarafından hasta eğitimlerinde tercih edilebilir.
- Cerrahi kliniklerinde özellikle mastektomi sonrası dönemde kadınlara cinsel yaşam konusunda danışmanlık programları düzenlenebilir.
- Mastektomi gibi beden değeri ve sosyal görünüş kaygısını etkileyen operasyonlardan sonra hastalara yönelik psikososyal destek prosedürleri oluşturulabilir.
- Onkoloji ve cerrahi alanlarında çalışan hemşirelere psikodinamik yaklaşım ve grup danışmanlığı konularında eğitimler verilerek desteklenebilir.
- Farklı örneklem gruplarında daha geniş ve çok merkezli çalışmalar yapılarak elde edilen bulguların genellenebilirliği artırılabilir.
- Gelecek araştırmalarda eş/partner katılımı da dahil edilerek cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkiler değerlendirilebilir.
- Uzun dönemli izlem çalışmaları ile müdahale etkisinin bir yıl ve ötesindeki seyri takip edilebilir.
- Sosyal görünüş kaygısına yönelik farklı yöntemlerin kullanıldığı ve daha uzun takipli araştırmalar planlanabilir.
- Meme kanseri dışındaki kanser türleri ve tedavi süreçlerine yönelik benzer psikoeğitim programlarının etkinliği araştırılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Zhu JW, Charkhchi P, Adekunle S, Akbari MR (2023). What is known about breast cancer in young women? *Cancers (Basel)* 15(6): 1917.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 74(3): 229–263.
3. GBD 2023 Breast Cancer Collaborators (2026). Global, regional, and national burden of breast cancer among females, 1990–2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet Oncol* 27(3): 302–326.
4. Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) (2024). Cancer today data visualization [online]. Erişim adresi: https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/treemap?types=0_1&mode=cancer&cancers=0&sort_by=value1&group_populations=1&sexes=0&multiple_populations=1. [Erişim Tarihi: 20 Mart 2026].
5. Karayurt Ö, Erol Ursavaş F, Çömez S, Bilik Ö, Arıcan Alıcıkış Z, Ertuğrul N (2021). Meme kanserli kadınlarda radyoterapi öncesi, sırası ve sonrası deneyimlenen semptomların ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Eurasian JHS* 4(1): 21-29
6. Julka PK, Gupta I, Tiwari R (2022). Role of chemotherapy in breast cancer. Sharma SC, Mazumdar A, Kaushik R (Eds.), *Breast Cancer Comprehensive Management*, 425-441. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-16-4546-4_20#citeas
7. Balcı H, Balcı Şener Ş (2022). Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlarda psikolojik dayanıklılık. *Akd Med J* 8(3): 347-353.
8. Göktaş S (2019). Meme Cerrahisinde Bakım. Karadağ M, Bulut H (Eds.), *Cerrahi Hemşireliği 2: Kavram Haritası ve Akış Şemalı*. Vize Yayıncılık Ltd, Ankara, Sayfa: 1225.
9. Anbari AB, Wanchai A, Armer JM (2021). Breast cancer-related lymphedema and quality of life: A qualitative analysis over years of survivorship. *Chronic Illn* 17(3): 257–268.
10. Ursini LA, Nuzzo M, Rosa C, Di Guglielmo FC, Di Tommaso M, Trignani M, et al. (2021). Quality of life in early breast cancer patients: A prospective observational study using the fact-b questionnaire. *In Vivo* 35(3): 1821–1828.

11. Yadav P, Jaiswal D (2022). Oncoplastic and Reconstructive Surgery for Breast Cancer. In: Sharma SC, Mazumdar A, Kaushik R (Eds.), Breast Cancer Singapore: Springer Nature Singapore, Pages: 465–495.
12. González-Fernández L, Romero-Morales C, Martínez-Pascual B, Río-González A, Cerezo-Téllez E, López-Martín I (2024). Breast cancer survivors suffering from lymphedema: What really do affect to corporeality/body image? A qualitative study. Breast Cancer Res 26(1): 47.
13. Pačarić S, Orkic Z, Milostić-Srb A, Turk T, Farčić N, Mikšić Š, et al. (2021). Quality of life and sexual functioning of women after breast cancer surgery. Open Access Maced J Med 11:9(B): 1066-1074.
14. Sel Z, Beydağ KD (2022). Meme kanseri nedeniyle cerrahi operasyon geçiren kadınlarda beden algısı, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumu ilişkisi. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 4(2): 119–127.
15. Hoyle E, Kilbreath S, Dylke E (2022). Body image and sexuality concerns in women with breast cancer-related lymphedema: A cross-sectional study. Support Care Cancer 30(5): 3917–3924.
16. Orgun, F (2021). Hasta Eğitimi. Kaşıkçı MK, Palandöken EA (Eds.), Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 211–223.
17. Sangrar R, Docherty-Skippen SM, Beattie K (2019). Blended face-to-face and online/computer-based education approaches in chronic disease self-management: A critical interpretive synthesis. Patient Educ Couns 102(10): 1822–1832.
18. Velioğlu P (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Yenilenmiş 2. Baskı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 237-245.
19. McEwen M, Wills EM (2019). Theoretical basis for nursing. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Philadelphia, Sayfa: 293-295.
20. Ikafa IN, Holmes CA (2020). Empowering migrants during the resettlement process: Applying Peplau's theory of interpersonal relations. Mental Health Practice 23(5): 29–36.
21. Kara Ö, Çağlayan N (2025). Meme Kanseri Histolojisi. Haspolat YK, Akpulat FY, Sevmiş M (Eds.), Kadınlarda Meme Hastalıkları. Orient Yayınları, Ankara, Sayfa: 75-87.

22. Bilgen F (2021). Meme Anatomisi Ve Embriyolojisi. Savacı N (Ed.), Meme Küçültme. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 1–4.
23. Alagöz Y, Eryılmaz MA (2025). Kadınlarda meme hacminin psikolojik ilişkileri: Benlik saygısı ve beden algısı açısından çıkarımlar. Jour Turk Fam Phy 16(3): 196-207.
24. Cleveland Clinic (2023). Breast anatomy [online]. Erişim adresi: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/8330-breast-anatomy> [Erişim Tarihi: 20 Mart 2026].
25. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. Biol Res 50(1): 33.
26. American Cancer Society (ACS) (2023). What is breast cancer? [online]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html> [Erişim Tarihi: 20 Mart 2026].
27. Güner S (2020). Meme kanseri cerrahisi uygulanacak hastaların sosyal destek algısı, manevi yönelim ve umut düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
28. Mermer G, Güzekin Ö (2021). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi ve tarama yöntemlerini kullanma durumu. Van Sağlık Bilimleri Dergisi 14(1): 50-62.
29. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A (2021). Breast cancer-epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies-an updated review. Cancers (Basel) 13(17): 4287.
30. Khan NAJ, Tirona M (2021). An updated review of epidemiology, risk factors, and management of male breast cancer. Med Oncol 38(4): 39.
31. Feng Y, Spezia M, Huang S, Yuan C, Zeng Z, Zhang L, et al. (2018). Breast cancer development and progression: Risk factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics, and molecular pathogenesis. Genes Dis 5(2): 77–106.
32. Coughlin SS (2019). Epidemiology of Breast Cancer in Women. Adv Exp Med Biol 1152: 9-29.
33. Hill DA, Prossnitz ER, Royce M, Nibbe A (2019). Temporal trends in breast cancer survival by race and ethnicity: A population-based cohort study. PLoS One 14(10): e0224064.
34. Stordal B (2023). Breastfeeding reduces the risk of breast cancer: A call for action in high-income countries with low rates of breastfeeding. Cancer Med 12(4): 4616–4625.

35. Thigpen D, Kappler A, Brem R (2018). The role of ultrasound in screening dense breasts-a review of the literature and practical solutions for implementation. *Diagnostics (Basel)* 8(1): 20.
36. Davies KR, Cantor SB, Brewster AM (2015). Better contralateral breast cancer risk estimation and alternative options to contralateral prophylactic mastectomy. *Int J Womens Health* 7: 181–187.
37. Tuna A, Vural G, Karaaslan E (2022). Meme kanserli hastalarda risk faktörlerinin belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 6(2):180-192.
38. Cancer Research UK (2023). Risk factors for breast cancer [online]. Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/breast-cancer/risks-causes/risk-factors> [Erişim Tarihi: 20 Mart 2026].
39. Tanık F, Naz Gürşan İ (2022). Kanserde fiziksel aktivite ve egzersiz - koruyucu ve tedavi edici etki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 7(1): 129-132.
40. Turhan N, Yılmaz D, Yeşilyurt L (2022). Meme kanseri olan Türk kadın hastalarda meme dansitesinin klinik ve patolojik bulgularla ilişkileri. *Pamukkale Medical Journal* 15(2): 309-317.
41. Hanifah, SN, Murti B, Pamungkasari EP (2022). Meta-analysis: Effect of oral contraceptives on breast cancer. *J Epidemiol Public Health* 7(3): 410-418.
42. Stillwater BJ, Bull AC, Romagnolo DF, Neumayer LA, Donovan MG, Selmin OI (2020). Bisphenols and risk of breast cancer: A narrative review of the impact of diet and bioactive food components. *Front Nutr* 7: 581388.
43. Breast Cancer (2026). Can chemicals in makeup and cosmetics cause breast cancer? [online]. Erişim adresi: <https://www.breastcancer.org/risk/risk-factors/exposure-to-chemicals-in-cosmetics> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].
44. Lina L (2021). Signs and symptoms of breast cancer. *Eur J Clin Oncol* 3(2):1.
45. Kabacaoğlu C, Karaca A (2020). Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *J Acad Res Nurs* 6(1): 179-186.
46. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) (2026). "Ekim" meme kanseri farkındalık ayı [online]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/ekim-meme-kanseri-farkindalik-ayi.html> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].

47. Evans DG, Howell SJ, Gandhi A, van Veen EM, Woodward ER, Harvey J et al. (2021). Breast cancer incidence and early diagnosis in a family history risk and prevention clinic: 33-year experience in 14,311 women. *Breast Cancer Res Treat* 189(3): 677-687.
48. Fahad Ullah M (2019). Breast cancer: Current perspectives on the disease status. *Adv Exp Med Biol* 1152: 51-64.
49. Tomlinson SE, Budh DP, Sapra A (2026). Breast cancer screening in the average-risk patient. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556050/>
50. Urga Workineh M, Alem Lake E, Asmare Adella G (2021). Breast self-examination practice and associated factors among women attending family planning service in Modjo public health facilities Southwest Ethiopia. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 27(13): 459-469.
51. Mayo Clinic (2026). Breast self-exam for breast awareness [online]. Erişim adresi: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/breast-exam/about/pac-20393237> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].
52. National Breast Cancer Foundation (2026). Breast self-exam [online]. Erişim adresi: <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-self-exam/> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].
53. Memeder (2026). Kendi kendine meme muayenesi nasıl yapılır? [online]. Erişim adresi: <https://memeder.org/kendi-kendine-meme-muayenesi-nasil-yapilir/> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].
54. Gral Köksal N (2022). Meme kanserinde tarama ve erken tanı. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(2): 52-56.
55. National Breast Cancer Foundation (2026). Clinical breast exam [online]. Erişim adresi: <https://www.nationalbreastcancer.org/clinical-breast-exam/> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].
56. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M (2013). The benefits and harms of breast cancer screening: An independent review. *British Journal of Cancer* 108(11): 2205–2240.
57. National Breast Cancer Foundation (2026). Mammogram [online]. Erişim adresi: <https://www.nationalbreastcancer.org/mammogram/> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].
58. Türk Radyoloji Derneği (2024). Mamografi [online]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/abis_20241224_0002-ek-2-mamografi.pdf [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].

59. Tan KP, Mohamad Azlan Z, Rumaisa MP, Siti Aisyah Murni MR, Radhika S, Nurismah MI, et al. (2014). The comparative accuracy of ultrasound and mammography in the detection of breast cancer. *Med J Malaysia* 69(2): 79-85.
60. Mayo Clinic (2026). Diagnosis [online]. Erişim adresi: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/breast-cancer/diagnosis-treatment/drc-20352475> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].
61. Dhamija E, Khandelwal N (2022). Imaging in breast cancer. In: Sharma SC, Mazumdar A, Kaushik R (Eds.), *Breast Cancer Comprehensive Management*, Springer, Singapore, Pages: 139-152.
62. Akyolcu N, Özhanlı Y, Kandemir D (2019). Meme kanserinde güncel gelişmeler. *Journal of Health Science and Profession* 6(3): 583-594.
63. Kumar Julka P, Tiwari R (2022). Role of Chemotherapy in Breast Cancer. Sharma SC, Mazumdar A, Kaushik R (Eds.), *Breast Cancer Comprehensive Management*, Springer, Singapore, Pages: 425- 441.
64. Riis M (2020). Modern surgical treatment of breast cancer. *Annals of Medicine and Surgery* 56: 95–100.
65. Sert Pİ, Tüylü Küçükkılınç ZT (2022). Meme kanseri tedavisindeki güncel yaklaşımlar. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy* 42(1): 46-59.
66. Asaoka M, Gandhi S, Ishikawa T, Takabe K (2020). Neoadjuvant chemotherapy for breast cancer: Past, present, and future. *Breast Cancer (Auckl)* 14: 1178223420980377
67. Cancer Research UK (2024). Radiotherapy [online]. Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/treatment/radiotherapy> [Erişim Tarihi: 22 Mart 2026].
68. Yang D, Piao Y, Yuan F, Chen H, Zhang D, Li X (2022). Gastric side effects and the stomach dosimetric analysis in left-sided breast cancer radiotherapy in free-breathing and deep inspiration breath-hold technique. *Radiation Oncology* 17(1): 2.
69. Micha JP, Rettenmaier MA, Bohart RD, Goldstein BH (2023). Prolonged endocrine therapy in the management of hormone receptor-positive early-stage breast cancer: What is the appropriate duration?. *J Obstet Gynaecol Res* 49(4): 1079-1082.
70. Cao LQ, Sun H, Xie Y, Patel H, Bo L, Lin H, et al. (2024). Therapeutic evolution in HR+/HER2- breast cancer: From targeted therapy to endocrine therapy. *Front Pharmacol* 15: 1340764.

71. Shaikh K, Krishnan S, Thanki R (2021). Types, diagnosis, and treatment of breast cancer. In: Artificial Intelligence in Breast Cancer Early Detection and Diagnosis. 21-35. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-59208-0_2
72. Lanitis S, Hadjiminis DJ (2015). From radical to nipple sparing mastectomy: Techniques, indications and safety. *Hellenic Journal of Surgery* 87(3): 215-225.
73. Nashimoto M, Asano Y, Matsui H, Machida Y, Hoshi K, Kurosumi M, et al. (2024). Comparison of locoregional recurrence risk among nipple-sparing mastectomy, skin-sparing mastectomy, and simple mastectomy in patients with ductal carcinoma in situ: A single-center study. *Breast Cancer* 31(6): 1010-1017.
74. Abdelaziz AT, Mahmoud MA, Rizk AG, Negm MA (2019). Oncoplastic breast surgery in early breast cancer. *SVU-International Journal of Medical Sciences* 2(2): 38-42.
75. Uzun Ö, Totur Dikmen B (2019). Meme kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics* 5(1): 55-60.
76. Chow S, Wan BA, Pidduck W, Zhang L, DeAngelis C, Chan S, et al. (2019). Symptom clusters in patients with breast cancer receiving radiation therapy. *European Journal of Oncology Nursing* 42:14-20.
77. Bölüktaş RP (2020). Bakımda sonuç göstergesi olarak yaşam kalitesi. Can G (Ed.), *Onkoloji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 309–326.
78. Pitr K (2021). Economic and social aspects of secondary lymphedema following treatment of breast cancer. *Clinical Social Work and Health Intervention* 12(2):38.
79. Vignes S, Fau-Prudhomot P, Simon L, Sanchez-Bréchet ML, Arrault M, Locher F (2020). Impact of breast cancer-related lymphedema on working women. *Support Care Cancer* 28(1): 79–85.
80. Sarıcı SF (2021). Opere meme kanseri hastalarında yaşam kalitesi düzeyi ve yaşam kalitesine etki eden faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi* 22(5): 387-392.
81. Khanuun L, Makiyah S (2022). Women's perception of body image after mastectomy: Qualitative review. *Jurnal Aisyah Jurnal Ilmu Kesehatan* 7(2): 375–380.
82. Martins Faria B, Martins Rodrigues I, Verri Marquez L, da Silva Pires U, Vilges de Oliveira S (2021). The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: A systematic review. *Psicooncología*, 18(1): 91–115.
83. Koçan S, Gürsoy A (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Health* 12(4): 145-150.

84. Olasehinde O, Arije O, Wuraola FO, Samson M, Olajide O, Alabi T, et al. (2025). Life without a breast: exploring the experiences of young Nigerian women after mastectomy for breast cancer. *J Glob Oncol* 5: 1-6.
85. Erden Y, Celik HC, Karakurt N (2025). Women's body image after mastectomy: a photovoice study. *Support Care Cancer* 33(6): 501.
86. Ahmed Mostafa H, Mahmoud AB, Abd Elmoathy Mahmoud H (2024). Correlation between body image, self-esteem and self-efficacy among women with mastectomy. *Journal of Nursing Science Benha University* 5(2): 945-970.
87. Lovelace DL, McDaniel LR, Golden D (2019). Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *J Midwifery Womens Health* 64(6): 713-724.
88. Sançar B, Akan N, Süren Akpolat N, İnanç Ş (2025). Examination of body image perception and quality of life of women with segmental or total mastectomy: A cross-sectional study. *BMC Womens Health* 25(1): 342.
89. Wulandari SM, Yunitasari E, Kusumaningrum T, Myint NMM, Subu MA (2023). Body image perception among breast cancer patients after mastectomy: A phenomenology study. *J Pal Nurs Stud* 2(3): 151-64.
90. Battistello CZ, da Silva NW, Remor E (2024). What is the relationship between body image and the quality of life of women who underwent surgery for breast cancer? A scoping review. *Psychooncology* 33(3): e6329.
91. Wang S, Hua Y, Zhang Y, Guo D, Tian L (2024). Trajectories and influencing factors of social anxiety in postoperative breast cancer patients. *BMC Psychiatry* 24(1): 357.
92. Şöhret T, Özlü Z (2024). Determination of the relationship between the tendency towards breast reconstruction after mastectomy and the quality of sexual life and social appearance anxiety. *Eastern Journal of Medicine* 29(4): 567-575
93. Huang J, Chagpar AB. Quality of Life and Body Image as a Function of Time from Mastectomy. *Ann Surg Oncol* 25(10): 3044-3051.
94. Lundberg PC, Phoosuwan N (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 57: 102116.
95. Sukartini, T., & Permatasari, Y. I. (2020). Women with breast cancer living with one breast after a mastectomy. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 12(2): 366-375.
96. Öztürk D, Akyolcu N (2016). Assessing sexual function and dysfunction in Turkish women undergoing surgical breast cancer treatment. *Jpn J Nurs Sci* 13(2): 220-228.

97. Sherman KA, Woon S, French J, Elder E (2017). Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psycho-Oncology* 26(3): 337–345.
98. Thakur M, Sharma R, Mishra AK, Singh K, Kar SK (2022). Psychological distress and body image disturbances after modified radical mastectomy among breast cancer survivors: a cross-sectional study from a tertiary care centre in north india. *The Lancet Regional Health – Southeast Asia* 7: 100077.
99. Cornell LF, Mussallem DM, Gibson TC, Diehl NN, Bagaria SP, McLaughlin SA (2017). Trends in sexual function after breast cancer surgery. *Annals of Surgical Oncology* 24(9): 2526–2538.
100. Kim M, Gilliland JL, Jiang CZ, Parnes MF, Carter J, Tadros AB, Mehrara BJ, Nelson JA, Stern CS (2025). Sexual health in postmastectomy breast reconstruction patients and value of an intervention: a qualitative study. *Journal of Surgical Oncology* 132(5): 825–835.
101. Agrawal LS (2025). Addressing sexual health in breast cancer survivors: evidence-based practices and clinical considerations. *Current Treatment Options in Oncology* 26(6): 476–485.
102. Scotto L, Pizzoli SFM, Marzorati C, Mazzocco K, Pravettoni G (2024). The impact of prophylactic mastectomy on sexual well-being: a systematic review. *Sexual Medicine Reviews* 12(2): 164–177.
103. Telli S, Gürkan A (2019). Examination of sexual quality of life and dyadic adjustment among women with mastectomy. *European Journal of Breast Health* 16(1): 48–54.
104. Kowalczyk R, Nowosielski K, Cedrych I, Krzystanek M, Glogowska I, Streb J, Kucharz J, Lew-Starowicz Z (2019). Factors affecting sexual function and body image of early-stage breast cancer survivors in poland: a short-term observation. *Clinical Breast Cancer* 19(1): e30–e39.
105. Vohra LM, Javed SM, Jabeen D, Abidi SS, Tahseen MU (2023). Quality of life of breast cancer survivors: a comparison of breast conserving surgery versus total mastectomy with and without immediate reconstruction: a prospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery* 85(5): 1513–1517.
106. Ünsal H (2010). Yeni bir öğrenme yaklaşımı: harmanlanmış öğrenme. *Millî Eğitim Dergisi* 185: 130–137.

107. Pedersen AY, Nørgaard RT, Köppe C (2018). Patterns of inclusion: fostering digital citizenship through hybrid education. *Educational Technology & Society* 21(1): 225–236.
108. Usta E (2007). Harmanlanmış öğrenme ve çevrimiçi öğrenme ortamlarının akademik başarı ve doyuma etkisi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
109. Tonbuloğlu İ, Tonbuloğlu B (2021). Eğitimde Dijital Dönüşüm Harmanlanmış Öğrenme. İlke Yayın, İstanbul, Sayfa: 1-52.
110. Graham CR (2006). Blended learning systems: definition, current trends, and future directions. In: Bonk CJ, Graham CR (Eds.), *Handbook of Blended Learning: Global Perspectives Local Designs*. John Wiley & Sons, San Francisco, Sayfa: 3-21.
111. Graham CR, Allen S, Ure D (2005). Benefits and challenges of blended learning environments. In: *Encyclopedia of Information Science and Technology*. First Edition. IGI Global Scientific Publishing, Sayfa: 253-259.
112. Graham CR, Woodfield W, Harrison JB (2013). A framework for institutional adoption and implementation of blended learning in higher education. *The Internet and Higher Education* 18: 4–14.
113. Rasheed RA, Kamsin A, Abdullah NA (2020). Challenges in the online component of blended learning: a systematic review. *Computers & Education* 144: 1–17.
114. Garrison DR, Kanuka H (2004). Blended learning: uncovering its transformative potential in higher education. *The Internet and Higher Education* 7: 95–105.
115. Hrastinski S (2019). What do we mean by blended learning? *TechTrends* 63: 564–569.
116. Yeşilyurt E (2026). Harmanlanmış (karma) öğrenme yaklaşımı. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi* 10(2): 118–141.
117. Allen IE, Seaman J (2010). *Class Differences Online Education in the United States, 2010*. The Sloan Consortium, 5. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED529952.pdf>
118. Horn MB, Staker H (2017). *Blended: Using disruptive innovation to improve schools*. John Wiley & Sons, 99-106.
119. Staker H, Horn MB (2012). *Classifying K-12 Blended Learning*. Mountain View, CA: Innosight Institute, 1-15. <http://www.christenseninstitute.org/wp-content/uploads/2013/04/Classifying-K-12-blended-learning.pdf>

120. Watson J (2008). Blended Learning: The Convergence of Online and Face-to-Face Education. North American Council for Online Learning, 1-16.
121. Osguthorpe RT, Graham CR (2003). Blending learning environments: definitions and directions. *Quarterly Review of Distance Education* 4(3): 227–233.
122. Yolcu H (2015). harmanlanmış (karma) öğrenme ve uygulama esasları. *The Journal of Academic Social Science Studies* (33): 255–260.
123. Perez-Sanagustin M, Hilliger I, Alario-Hoyos C, Delgado Kloos C, Rayyan S (2017). h-mooc framework: reusing moocs for hybrid education. *Journal of Computing in Higher Education* 29(1): 47–64.
124. Potra S, Pugna A, Pop MD, Negrea R, Dungan L (2021). Facing Covid-19 challenges: 1st-year students' experience with the Romanian hybrid higher educational system. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18: 1–15.
125. Göksel Ş, Adıgüzel A (2024). hibrit öğrenme modeli üzerine bir meta sentez çalışması: uluslararası örnekler. *Milli Eğitim Dergisi* 53(243): 1655–1698.
126. Schooley B, Singh A, Hikmet N, Brookshire R, Patel N (2020). Integrated digital patient education at the bedside for patients with chronic conditions: observational study. *JMIR mHealth and uHealth* 8(12): e22947.
127. Küçükkarakurt G, Cengiz Z (2023). Kronik hastalıkta öz yönetim desteğinin önemi ve hemşirenin rolü. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences* 8(4): 1036–1043.
128. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, Frith PA, Effing T (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(3): CD002990.
129. Ødegaard NB, Myrhaug HT, Dahl-Michelsen T, Røe Y (2021). Digital learning designs in physiotherapy education: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education* 21.
130. Liu Q, Peng W, Zhang F, Hu R, Li Y, Yan W (2016). The effectiveness of blended learning in health professions: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 18: e2.
131. Khoshnoodi Far M, Arabnezhad Z, Tehrani H, Akbari Farmad S (2019). The effect blended training on comparison with in-person training on self-care behaviors in type 2 diabetes patients. *Iran J Health Educ Health Promot* 7: 333–342.

132. Vallée A, Blacher J, Cariou A, Sorbets E (2020). Blended learning compared to traditional learning in medical education: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 22(8): e16504.
133. Terkes N, Bektas H, Balci MK (2024). Effect of web-based education intervention on blood glucose control, self-care and quality of life in patients with type 2 diabetes: a single-blinded randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice* 30(6): e13298.
134. Yavuz ME, Gürsoy A (2021). Kanser olan hastalara verilen eğitimin öz bakıma etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 4(2): 273–279.
135. Brandão MAG, Martins JSDA, Peixoto MDAP, Lopes ROP, Primo CC (2018). Theoretical and methodological reflections for the construction of middle-range nursing theories. *Texto Contexto Enferm* 26(4): e1420017.
136. Koç Z, Keskin Kızıltepe S, Çınarlı T, Şener A (2017). Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 14(1): 62–72.
137. Younas A, Quennell S (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(3): 540–555.
138. Yeşildere Sağlam H, Gürsoy E (2021). Swanson bakım kuramı: hemşirelik araştırmalarında kullanımı. *Eskisehir Medical Journal* 2(2): 139–147.
139. Hosieni F, Ravari A, Akbari A (2017). The effect of communicating with patients using peplau model on patients' satisfaction with the provided nursing cares at the cardiac intensive care unit. *Iran J Nurs* 29: 36–45.
140. Manav G, Altın K (2020). Asperger sendromu ile izlenen çocuğun Peplau'nun kişilerarası ilişkiler modeline göre değerlendirmesi: durum çalışması. *Karya Journal of Health Science* 1(1): 25–28.
141. Sevimli Z, Sarı T (2024). Peplau kişiler arası ilişkiler kuramına göre bipolar bozukluk tanılı hastaya hemşirelik bakımının uygulanması: olgu sunumu. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi* 5(2): 578–586.
142. Hochberger JM, Lingham B (2017). Utilizing Peplau's interpersonal approach to facilitate medication self-management for psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing* 31(1): 122–124.
143. Pektekin Ç (2013) Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, Sayfa: 53-60

144. Hagerty TA, Samuels W, Norcini-Pala A, Gigliotti E (2017). Peplau's theory of interpersonal relations: an alternate factor structure for patient experience data? *Nursing Science Quarterly* 30(2): 160–167.
145. Jojan L, Carroll K (2025). Peplau's theory of interpersonal relations: scholarly practice. *Nursing Science Quarterly* 38(1): 27–30.
146. Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z (2017). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. Birinci Baskı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 122-144.
147. Çırlak A (2019). Hildegard E. Peplau'nun kişilerarası ilişkiler kuramının klinik uyum sürecinde yeni mezun hemşire-rehber hemşire ilişkisine uyarlanması: bir özel hastane örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 22(1): 71-77.
148. Mersin S (2016). Kişilik Gelişim Kavramları. Tangül Özcan C, Gürhan N (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. Akademisyen Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 14-31.
149. Babacan Gümüş A (2014). Hemşirelik Kuram ve Modelleri. Çam O, Engin E (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 67-69.
150. Aktaş Y (2022). Kişilerarası ilişkiler- sosyal ritm terapisinin bipolar bozukluğu olan bireylerde biyolojik ritm ve nöksler üzerine etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
151. Olufunke OC, Oluwakorede OOA (2016). Peplau's theory of psychodynamic nursing and the nurse–patient interaction: a literature review. *South American Journal of Nursing Special Edition*: 1–13.
152. Karaçay Yıkar S, Işık B, Nazik E (2024). Kadın sağlığı hemşireliğinde iletişim kuramının gelişimi: Hildegard E. Peplau. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 10(2): 119–128.
153. Hall S, Shearer K (2025). Applying Peplau's interpersonal relations theory to enhance older adults' health literacy through nursing care: a theory analysis. *J Holistic Nursing*. Published online June 17: 1-17.
154. Douglass JL, Sowell R, Phillips K (2003). Using Peplau's theory to examine the psychosocial factors associated with HIV-infected women's difficulty in taking their medications. *Journal of Theory Construction and Testing* 7(1): 10–17.
155. McNaughton DB (2005). A naturalistic test of Peplau's theory in home visiting. *Public Health Nursing* 22(5): 429–438.

156. Deane WH, Fain JA (2016). Incorporating Peplau's theory of interpersonal relations to promote holistic communication between older adults and nursing students. *Journal of Holistic Nursing* 34(1): 35–41.
157. Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G (2018). Peplau'nun kişiler arası ilişkiler kuramı'na göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan hastaya hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 10(4): 370–380.
158. Çalışkan F, Sunkar K (2025). Hemşirelerin hasta eğitimi uygulama düzeyleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 7(2): 96–104.
159. Paylan Akkoç C, Yıldırım Y, Türeyen A (2021). Peplau'nun kişilerarası ilişkiler kuramı'nın yetişkin hasta eğitiminde kullanımı. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 3(2): 145–151.
160. Akın Işık R (2019). Jinekolojik kanserle ilişkili lenfödem önlenmesinde egzersiz ve basit lenfatik drenaj uygulamalarının lenfödem gelişimi, alt ekstremitte fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve sosyal görünüş kaygısına etkisinin değerlendirilmesi: Randomize kontrollü çalışma. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
161. Fatehi S, Maasoumi R, Atashsokhan G, Hamidzadeh A, Janbabaie G, Mirrezaie SM (2019). The effects of psychosexual counseling on sexual quality of life and function in Iranian breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment* 175(1): 171-179.
162. Kazanç Ş (2023). Mastektomi sonrası web destekli interaktif hemşirelik programının öz düzenleme modeli'ne göre beden değeri, bakım bağımlılığı ve hastalığa psikososyal uyum-özbildirim düzeyleri üzerine etkisi: karma yöntem çalışması. Doktora tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Sivas.
163. Cohen J (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second ed. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
164. Randomizer [online]. Erişim adresi: <https://www.randomizer.org> [Erişim Tarihi: 20 Kasım 2025].
165. Karataş M (2020). Mastektomili kadınların beden algısı ve cinsel uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

166. Ursavaş FE, Karayurt Ö (2015). Adaptation of the sexual adjustment and body image scale in turkish breast cancer women. *International Journal of Nursing Knowledge* 27(3): 1-7.
167. Şengün İnan F, Üstün B (2014). Evde psikososyal bakım örneği: Meme kanserinde tedavisi sonrası dönemde psikoeğitim uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 7(1): 52-58.
168. Tylka TL, Wood-Barcalow NL (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image* 12: 53–67.
169. Oktan V, Saylan E (2020). Beden Değeri Ölçeği-2'nin (BDÖ-2) Türkçe adaptasyonu: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 16(1): 94-103.
170. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RG (2008). Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment* 15(1): 48-59
171. Doğan T (2010). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 39: 151-159.
172. Symonds T, Boolell M, Quirk F (2005). Development of questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of Sex & Marital Therapy* 31: 385-97.
173. Tuğut N, Gölbaşı Z (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 32: 172-180.
174. Tabachnick BG, Fidell LS (2013). *Using Multivariate Statistics*. Sixth ed. Pearson, Boston.
175. George D, Mallery M (2010). *SPSS For Windows Step By Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 Update. 10th ed. Pearson, Boston.
176. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F (2023). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 34. baskı. Pegem Akademi, Ankara.
177. Biparva AJ, Raoofi S, Rafiei S, Pashazadeh Kan F, Kazerooni M, Bagheribayati F, et al. (2022). Global quality of life in breast cancer: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive and Palliative Care* 13(e2): e528–e536.
178. Ahn J, Suh EE (2023). Body image alteration in women with breast cancer: A concept analysis using an evolutionary method. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 10: 100214.

179. Rodrigues E, Neris RR, Nascimento LC, Oliveira-Cardoso ÉA de, Santos MA dos (2022). Body image experience of women with breast cancer: A meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 36(4): 1027–1041.
180. Zhu M, Sun S, Zhang Y, Chen L, He H, Chen J, Zhang N, Zhang M (2022). Effects of the appearance care on psychosocial outcomes for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer* 30(11): 8805–8817.
181. Louis LAT, Fortin J, Roy C-A, Brunet A, Aimé A (2023). Body image interventions within breast cancer care: A systematic review and concept analysis. *Journal of Psychosocial Oncology* 42(3): 427–447.
182. Alinejad Mofrad S, Fernandez R, Lord H, Alananzeh I (2021). The impact of mastectomy on Iranian women sexuality and body image: a systematic review of qualitative studies. *Supportive Care in Cancer* 29(10): 5571–5580.
183. Lewis-Smith H, Diedrichs PC, Rumsey N, Harcourt D (2018). Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology* 27(12): 2687–2699.
184. Weingarden H, Laky ZE, Ladis I, Austen WG, Wilhelm S (2021). Body image after mastectomy scale: A new measure of body image behaviors and beliefs in women following mastectomy. *Journal of Women's Health* 31(1): 47–54.
185. Mehrabi N, Amiri H, Omid A, Sarvizadeh M (2024). The effectiveness of group compassion-focused therapy on body image and interpersonal stress among women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 18(3): e139764.
186. Arıkan F, Kartöz F, Karakuş Z, Altınışık M, Özer Z, Korcum Şahin AF (2024). Body image and social appearance anxiety in patients with cancer undergoing radiotherapy: A cross-sectional study. *BMC Psychology* 12: 1–9.
187. Merckaert I, Lewis F, Delevallez F, Herman S, Caillier M, Delvaux N, et al. (2017). Improving anxiety regulation in patients with breast cancer at the beginning of the survivorship period: A randomized clinical trial comparing the benefits of single-component and multiple-component group interventions. *Psycho-Oncology* 26(8): 1147–1154.
188. Esplen MJ, Warner E, Boquiren V, Wong J, Toner B (2020). Restoring body image after cancer (ReBIC): A group therapy intervention. *Psycho-Oncology* 29(4): 671–680.

189. Karaaziz M, Razzaghi P, Keskindag B, Güney H (2024). Brief report: a feasibility study of acceptance and commitment therapy in group format for social appearance anxiety. *Curr Psychol* 43: 4798–4802.
190. Giles E, Waller G (2026). Body Image Surveys to Address Social Appearance Anxiety in Women at Risk of Eating Psychopathology: An Acceptability, Feasibility and Preliminary Efficacy Study, Using a Wait-List Randomized Controlled Design. *The International Journal of Eating Disorders* 59(2): 371–383.
191. Favez N, Cairo Notari S (2021). Body image, sexual activity, and side effects of treatments across the first year after surgery in women facing breast cancer: The influence of attachment insecurity. *Journal of Psychosocial Oncology* 39(6): 749–764.
192. Blouet A, Zinger M, Capitain O, Landry S, Bourgeois H, Seegers V, Pointreau Y (2018). Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. *Supportive Care in Cancer* 27(3): 879–885.
193. Bandyopadhyay B, Basu A, Bera A, Adhikary S, Manna D, Mridha D, Chakrabarti D, Bandyopadhyay B (2023). Assessment and comparison of quality of life and sexual function after adjuvant therapy in post-mastectomy breast carcinoma: A prospective study. *Asian Journal of Medical Sciences* 14(12): 1–7.
194. Bobrie A, Jarlier M, Moussion A, Jacot W, D'Hondt V (2022). Sexual quality of life assessment in young women with breast cancer during adjuvant endocrine therapy and patient-reported supportive measures. *Supportive Care in Cancer* 30(4): 3633–3641.
195. García-Solbas S, Lorenzo-Liñán MÁ, Castro-Luna G (2021). Long-term quality of life (BREAST-Q) in patients with mastectomy and breast reconstruction. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(18): 9707.
196. Pačarić S, Orkić Ž, Babić M, Farčić N, Milostić-Srb A, Lovrić R, et al. (2022). Impact of immediate and delayed breast reconstruction on quality of life of breast cancer patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(14): 8546.
197. Saruhan Ç, Özkan M (2025). The effect of psychoeducation on body image and sexual quality of life in patients undergoing mastectomy: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing* 79: 103001.
198. Barjasteh S, Lopez V, Farnam F (2024). Group sex counseling based on a modified "Good Enough Sex" model: A randomized trial on sexual health variables among breast cancer survivors. *Journal of Sex and Marital Therapy* 50(7): 741–756.

199. Sopfe J, Pettigrew J, Afghahi A, Appiah LC, Coons HL (2021). Interventions to improve sexual health in women living with and surviving cancer: Review and recommendations. *Cancers* 13(13): 3153. 199.
200. Suo R, Ye F, Xie M, Wu Y, Li F, Kuang S, et al. (2023). Quality of sexual life and associated factors: A cross-sectional survey of Chinese breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 31(2): 120.





Ek 1. Sosyodemografik Özellikler Formu

1. Yaşınız:

2. Ameliyattan beri geçen süreniz ay

3. Eğitim durumunuz:

- (1) Okur-yazar değil (2) İlkokul/ortaokul mezunu
(3) Lise mezunu (4) Üniversite mezunu (5) Yüksek lisans / doktora mezunu

4. Mesleğiniz:

- (1) Ev hanımı (2) Memur (3) İşçi (4) Emekli (5) Serbest meslek

5. Ailenize giren aylık gelir:

- (1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü

6. Medeni durumunuz:

- (1) Evli (2) Partneri ile yaşıyor

7. Kiminle yaşıyorsunuz:

- (1) Yalnız (2) Eşimle / Partnerimle (3) Eşim ve Çocuklarımla (4) Diğer.....

8. Ameliyattan sonra size destek olan kişi(ler) var mı?

- (1) Evet (2) Hayır

9. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- (1) Çok iyiyim (2) İyiyim (3) İdare eder (4) Kötüyüm (5) Çok kötüyüm

10. Ailenizde meme kanseri öyküsü var mıydı?

- (1) Evet (2) Hayır

11. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

- (1) Evet (2) Hayır

12. Meme kanserinizin evresi:

- (1) Evre I (2) Evre II (3) Evre III (4) Evre IV

13. Koltuk altı lenf nodları alındı mı? (1) Evet (2) Hayır

14. Ameliyat ile alınan meme sayısı nedir? (1) Tek meme (2) İki meme (3) Memenin bir parçası

15. Kemoterapi alıyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

16. Radyoterapi alıyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

17. Hormonal tedavi alıyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

18. Hastalığınız ailenizle aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiledi?

- (1) Yakınlaştırdı (2) Değişmedi (3) Uzaklaştırdı

19. Hastalık öncesi cinsel yaşamın nasıl olduğu

- (1) İyi/ çok iyi (2) Ne iyi, ne de kötü (3) Kötü

20. Ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumu

- (1) Etkiledi (2) Etkilemedi (3) Bilemiyorum

Ek 2. Beden Değeri leği-2

Aşağıda bazı ifadeler yer almaktadır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Asla (2) Nadiren (3) Bazen (4) Sık sık ve (5) Her zaman anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOş bırakmayınız. Sizi tanımlayan en uygun yanıtları vereceğinizi mit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Bedenime saygı duyarım.					
2. Bedenimle ilgili olumlu hislere sahibim.					
3. Bedensel olarak en azından birkaç olumlu özelliğe sahibim.					
4. Bedenimle ilgili olumlu tutumlara sahibim.					
5. Bedensel ihtiyaçlarıma karşı duyarlıyım.					
6. Bedenimi seviyorum.					
7. Bedenimin farklı ve benzersiz özelliklerini beğenirim.					
8. Davranışlarım vücuduma yönelik olumlu tutumlarımı yansıtır, örneğin başımı dik tutarım ve güler yzlyymdr.					
9. Bedenim bana huzur verir.					
10. Medyatik (modeller, artistler) insanlardan farklı olsam da kendimi güzel hissediyorum.					

Ek 3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1. Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim.					
2. Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim.					
3. İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
4. İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
5. Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.					
6. Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
7. İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
8. Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım.					
9. Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
10. İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
11. Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
12. Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.					
13. İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.					
14. Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.					
15. Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.					
16. İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					

Ek 4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın

Bu ölçek cinsel yaşamınızın kalitesini ölçmektedir. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra size uygun olan şıkkı, son dört hafta içindeki cinsel yaşamınızı düşünerek işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli/zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum.						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün(depresif) hissediyorum						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kızgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde utanıyorum.						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyler kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişkisi kılığından memnunum.						

Ek 5. Standart Bilgilendirme Broşürü

- Psikolojik Destek**
- Mastektomi fiziksel olduğu kadar duygusal bir süreçtir.
 - Beden imajı değişimi, kayıp duygusu ve cinsel yaşamla ilgili kaygılar normaldir.
 - Bireysel psikolojik danışmanlık, grup terapileri, hasta destek grupları oldukça faydalıdır.

- Sosyal Destek**
- Aile bireylerinin ve yakın çevrenin anlayışlı ve destekleyici olması iyileşme sürecini kolaylaştırır.
 - Kanser dernekleri, hasta dayanışma grupları ve sosyal hizmet uzmanlarından destek alabilirsiniz.
 - Ekonomik ve hukuki destek için sosyal hizmet birimleri ile iletişime geçebilirsiniz.



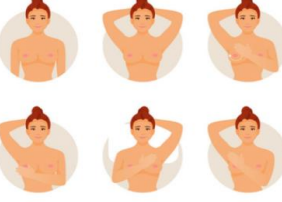
- Geç Komplikasyonlar**
- Kol ve omuzda hareket kısıtlılığı
 - Uzun süren ağrı ve hassasiyet
 - Ciltte kalınlaşma, yara iyileşmesinde gecikme
 - Psikolojik etkiler (anksiyete, depresyon)
 - Belirtiler üzerine hekime danışılmalıdır.

- Mastektomi Sonrası İzlem**
- Mastektomi sonrası düzenli tıbbi takip önemlidir.
 - İlk 5 yıl boyunca 3-6 ayda bir, sonrasında yılda 1 kez kontroller yapılmalıdır.
 - Ameliyat bölgesinde ağrı, kızarıklık, akıntı, sertlik fark edilirse hekime başvurulmalıdır.



Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

- Diğer memeniz duruyorsa, her ay adet bitiminden 5-7 gün sonra muayene yapın.
- Ayna karşısında asimetri, cilt çekintisi, kızarıklık, yara gibi değişikliklere dikkat edin.



BEDEN DEĞİŞSE DE,
CESARETİN VE GÜZELLİĞİN
SONSUZDUR.



YALNIZ DEĞİLSİNİZ !

Destek Almak İçin;

- MEMEDER (Meme Sağlığı Derneği)
- Kanser Savaşçıları Derneği
- Türk Kanser Derneği
- Umud ve Yaşam Derneği – Trabzon
- Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)
- Ortahisar - Erdoğdu - Akçaabat

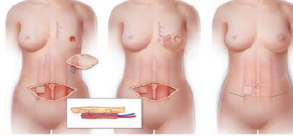
MASTEKTOMİ SONRASI BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ



Hazırlayan: Emine SARI
E mail: eminesari52@outlook.com

Memenin Yeniden Yapılanması (Rekonstrüksiyon)

- Meme onarımı (rekonstrüksiyon), kişinin isteğine göre hemen ameliyat sırasında ya da daha sonra yapılabilir.
- Silikon implantlar veya vücudun başka bir bölgesinden alınan dokular kullanılarak yapılabilir.
- Karar verirken cerrahınızla detaylı görüşmelisiniz.



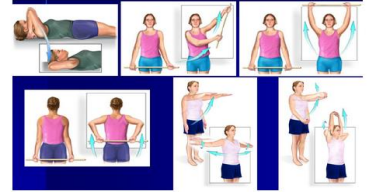
Mamografi Takipleri

- Diğer meme için yıllık mamografi önerilir. Protez varsa mamografi sırasında bu bilgi radyoloji teknikerine verilmelidir.



Lenfödem ve Kol - Omuz Egzersizleri

- Kolunuzda şişlik olması lenfödem belirtisi olabilir.
- Ağırlık taşımaktan, iğne yaptırmaktan ve yaralanmalardan korunmalıdır.
- Ameliyattan sonraki ilk hafta içinde hafif egzersizlerle başlanabilir.
- Fizik tedavi uzmanından egzersiz programı konusunda destek alabilirsiniz.



Eksternal Protez ve Sütyen Kullanımı

- Ameliyattan yaklaşık 6-8 hafta sonra protez kullanımı başlanabilir.
- Protezler, özel cepli sütyenler içinde kullanılır ve çeşitli boyut, şekil ve malzeme seçenekleri mevcuttur.
- Doğru protez seçimi için medikal firmalardan veya sağlık profesyonellerinden destek alınabilir.



Ek 6. DISCERN Değerlendirme Aracı

BÖLÜM 1: Bu Materyal Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

4. Bu materyali hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

5. Bu materyalde bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

6. Bu materyal tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına (destek grupları) ilişkin bilgi veriliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

8. Bu materyalde belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

BÖLÜM 2: Bu Materyalde Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

9. Bu materyalde bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

10. Bu materyaldeki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

11. Bu materyal eğitim ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

12. Bu materyaldeki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

13. Bu materyalde sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

14. Birden fazla eğitimi uygulaması olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

15. Kadınların karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

BÖLÜM 3: Eğitim Materyalinin Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim materyalinin güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli Eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

Ek 7. Transkript

Ders Kodu	Ders Adı	Kredi	ECTS Kredi	Ders Durumu	Geçti	Final
Eğitim Yılı - Dönem: 2021-2022 Bahar Dönemi						
FBE5202	Okulda Planlama ve Değerlendirme	0	7,50	Okudu	Geçti	G
HAS 582	Meslek Hastalıkları	2	7,50	Okudu	Geçti	AA
EBK6006	Vaccine Development Strategies	4	7,50	Okudu	Geçti	AA
HAS 581	Biyoistatistik ve Bilgisayar Uygulamaları	4,50	7,50	Okudu	Geçti	AA
SBY 5012	Bilimsel Araştırma ve Araştırma Yayınlama	0	7,50	Okudu	Geçti	AA
FBE5201	Gelişim ve Öğrenme	0	7,50	Okudu	Geçti	G
YDB 502	Intermediate	0	0	M	Geçti	G
	Dönem Ortalama :4 AGNO : 4					
Eğitim Yılı - Dönem: 2022-2023 Güz Dönemi						
SBD6014	Basic Issues in Bioethics	3	7,50	Okudu	Geçti	AA
HEM6044	Okul Sağlık Hemşiresi	4	7,50	Okudu	Geçti	AA
HEM6037	Halk Sağlığı Hemşiresi - I	5	7,50	Okudu	Geçti	BB
HEM 613	Seminer	0	7,50	Okudu	Geçti	G
HEM6016	Hemşirelik Kuramları - I	3	7,50	Okudu	Geçti	BA
HEM6047	Sağlığın Gelişim Sürecinde Sağlık Politikaları	3	7,50	Okudu	Geçti	BB
HEM9154	Hastanın Kişisel Bakımın Güncel Yaklaşımları	0	7,50	Okudu		S
	Dönem Ortalama :3,47 AGNO : 3,67					
Eğitim Yılı - Dönem: 2022-2023 Bahar Dönemi						
HEM6040	Halk Sağlığı Hemşiresi - II	5	7,50	Okudu	Geçti	AA
HEM6035	Evde Bakım Hemşiresi	3	7,50	Okudu	Geçti	AA
HEM6023	Hemşirelik Kuramları - II	3	7,50	Okudu	Geçti	AA
SBD6013	Bilimsel Araştırma ve Proje Hazırlama	0	7,50	Okudu	Geçti	BB

Ek 9. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikodinamik Hemşirelik Kuramına Dayalı Hibrit Eğitim Mastekomi Geçiren Kadınların Beden Değeri, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2024/119
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Birsal CANAN DEMİRBAĞ
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Hemşire Emine SARI
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☐ DOKTORA TEZİ ☒ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Ek 11. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Bu form Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Psikodinamik Hemşirelik Kuramına Dayalı Hibrit Eğitimin Mastektomi Geçiren Kadınların Beden Değeri, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi” olup, bu çalışma psikodinamik hemşirelik kuramına dayalı hibrit eğitimin mastektomi geçiren kadınların beden değeri, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmada Sosyodemografik Özellikler Formu, Beden Değeri Ölçeği-2 (BDÖ-2), Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi 3 ay’dır. Bu çalışma süresince sizlerden sorulara doğru ve içten yanıtlar vermeniz, tüm eğitimlere eksiksiz katılmanız beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Emine SARI

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Diğer Araştırmacının Adı-Soyadı: Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Emine SARI
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı	2026
Yüksek Lisans	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı	2021
Lisans	Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Yönetimi	2019
Önlisans	Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi İş Sağlığı ve Güvenliği	2017
Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2015
Lise	Fatsa Anadolu Öğretmen Lisesi	2011

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Vakıfkebir Devlet Hastanesi	2022-
Hemşire	Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2017-2022
Hemşire	Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi	2015-2017

YABANCI DİL

YÖKDİL / İngilizce: 85,00

UZMANLIK ALANI

Halk Sağlığı Hemşireliği

YAYINLAR

1. Sarı E, Demirbağ BC (2024). Hemşirelerde presentizm ve tıbbi hata eğilimi arasındaki ilişki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 27(2): 283–294.
2. Sarı E, Demirbağ BC (2024) Bir kamu hastanesinde beyaz kod verilerinin değerlendirilmesi: Retrospektif çalışma. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 7(3): 715–722.
3. Sarı E, Demirbağ BC (2025). Hemşirelerde presentizm, nedenleri ve sonuçları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 12(2): 312–317.

BİLDİRİLER

1. Sarı E, Sohbet R (2019). Bir hastaneye başvuran hasta yakınlarının meme kanseri bilgileri. 3. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, Türkiye, 26–30 Kasım 2019, 1055.
2. Sarı E, Sohbet R (2021). Loğusaların fiziksel/fonksiyonel durumlarının belirlenmesi. 9. Uluslararası Avrasya Uygulamalı Bilimler Kongresi, 11–12 Ağustos 2021, 50–68.
3. Sarı E, Demirbağ BC (2023). Bir kamu hastanesinde beyaz kod verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi. 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi, 8–10 Mayıs 2023, 701–703.
4. Sarı E, Demirbağ BC (2023). Ulusal ve uluslararası hukukta kürtajın yeri. 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi, 8–10 Mayıs 2023, 659–661.
5. Sarı E, Demirbağ BC (2023). Hemşirelerde presentizm ve tıbbi hata eğilimi arasındaki ilişki. 5. Uluslararası Kapadokya Bilimsel Araştırmalar Kongresi, 5–7 Kasım 2023, 1616–1617.
6. Sarı E, Demirbağ BC, Keleş Ş (2023). Covid-19 pandemisinde sağlık çalışanı olmak. 5. Uluslararası Kapadokya Bilimsel Araştırmalar Kongresi, 5–7 Kasım 2023, 1608–1615.
7. Sarı E, Demirbağ BC (2025). Effects of climate change on the nutritional status of elderly individuals: An evaluation from a public health perspective. 11th International Acharaka Congress on Medicine, Nursing, Midwifery, and Health Sciences, 15–17 June 2025, 345–351.
8. Sarı E, Demirbağ BC (2025). HPV awareness among university students and the role of public health nurse. 11th International Acharaka Congress on Medicine, Nursing, Midwifery, and Health Sciences, 15–17 June 2025, 352–357.

