

T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ABDOMİNOPLASTİ VE MAMOPLASTİ
OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN
AMELİYAT ÖNCESİ VE TABURCULUK SONRASI
BENLİK SAYGISI, SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI
VE CİNSEL FONKSİYONLARININ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İREM YAZAR

İstanbul-2023

**T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**ABDOMİNOPLASTİ VE MAMOPLASTİ
OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN
AMELİYAT ÖNCESİ VE TABURCULUK SONRASI
BENLİK SAYGISI, SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI
VE CİNSEL FONKSİYONLARININ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İREM YAZAR

DANIŞMAN

DOÇ. DR. IŞIL IŞIK

İstanbul-2023

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program : Hemşirelik Yüksek Lisans Programı
Tez Başlığı : Abdominoplasti ve Mamoplasti Operasyonu Geçiren Hastaların
Ameliyat Öncesi ve Taburculuk Sonrası Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı ve
Cinsel Fonksiyonlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
Tez Sahibi : İrem YAZAR
Sınav Tarihi :

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	
Tez danışmanı:	
Üye:	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

29.12.2022

İrem YAZAR



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince yardımları, hoşgörüsü, desteği, bilgi ve tecrübesiyle yanımda olan sevgili hocam ve danışmanım Doç. Dr. Işıl Işık’a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimleriyle her zaman destek olan hemşirelik bölümü hocalarıma,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğine, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Uğur Anıl Bingöl’e ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü’ne,

Gönüllü olarak çalışmaya katılan değerli katılımcılara,

Lisans eğitimimden bu yana her zaman yanımda olan arkadaşım Begüm Kırık’a

Hayatım boyunca bana olan desteğini ve inancını hissettiren annem Bahar Sadegül Ercan ve babam Yılmaz Ercan’a

Lisans ve yüksek lisans eğitimim sırasında her zaman yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen ve destek olan ablam Ceren Ercan Şanlı ve eniştem Murat Şanlı’ya

Bu süreçte sevgisi ve desteğiyle yanımda olan, beni motive eden sevgili eşim Hikmet Orhun Yazar’a,

Tez sürecimin son dönemlerinde karnımdaki tekmeleriyle yüzümü güldüren, bana varlığını ve desteğini hissettiren canım kızım Yaz’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	viii
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ	ix
ABSTRACT.....	x
ÖZET	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Önemi	2
1.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	3
1.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	3
1.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Abdominoplasti	4
2.1.1. Abdominoplastinin Tarihsel Gelişimi.....	4
2.1.2. Cerrahi Bölge Anatomisi	7
2.1.2.1. Karın Anatomisi	7
2.1.2.2. Karın Duvarı Katmanları.....	8
2.1.2.3. Cilt	8
2.1.2.4. Yüzeysel Fasya	8
2.1.2.5. Karın Duvarının Arteriyel Kanlanması.....	9
2.1.2.6. Karın Ön Duvarının Venöz Drenajı.....	10
2.1.3. Geleneksel Cerrahi Teknik.....	10
2.1.4. Abdominoplasti Komplikasyonları.....	11
2.2. Mamoplasti.....	13
2.2.1. Mamoplastinin Tarihi Gelişimi	14
2.2.2. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi	16
2.2.2.1. Memelerin Kan Dolaşımı	17
2.2.3. Meme Bölgesine Uygulanan Cerrahi Prosedürler ve Teknikler	18

2.2.3.1. Meme Büyütme (Breast Augmentation / Augmentasyon Mamoplasti)	18
2.2.3.2. Meme Küçültme (Breast Reduction / Redüksiyon Mamoplasti)	19
2.2.3.3. Meme Dikleştirme (Breast Lift / Mastopeksi)	20
2.2.3.4. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu.....	21
2.3. Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı	24
2.3.1. Benlik Kavramı	24
2.3.2. Benlik Saygısı.....	25
2.3.2.1. Benlik Saygısının Gelişimi.....	27
2.4. Sosyal Görünüş Kaygısı.....	28
2.5. Kadın Cinsel Disfonksiyonu	29
2.5.1. Kadın Cinsel Tepki Döngüsü	30
2.6. Estetik Cerrahide Hemşirenin Rolü	32
3. YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Türü ve Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	33
3.4. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler	34
3.4.1. Mamoplasti ve Abdominoplasti Operasyonu Planlanan Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1).....	34
3.4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-2).....	35
3.4.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) (Ek-3).....	36
3.4.4. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) (Ek-4)	36
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.6. Verilerin Analizi.....	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
3.8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	39
Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	40
Tablo 4.1.2. Hastaların Beden Algılama Durumu.....	41
Tablo 4.1.3. Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı	42
4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	43

Tablo 4.2.1. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi ve Taburculuk Sonrası Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.2.2. Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Taburculuk Sonrası Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Ölçekler Arasındaki Korelasyon	50
Tablo 4.3.1. Ölçekler Arasındaki Korelasyon	51
5. TARTIŞMA	52
5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması	53
5.2. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	56
5.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Ölçekler Arasındaki Korelasyonun Tartışılması	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1. SONUÇLAR	60
6.2. ÖNERİLER.....	61
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER	78
EK-1: Mamoplasti ve Abdominoplasti Operasyonu Planlanan Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu	78
EK-2: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	81
EK-3: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	83
EK-4: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi	85
EK-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	91
EK-6: Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni	93
9. ÖZGEÇMİŞ	94

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	52
Tablo 4.1.2. Hastaların Beden Algılama Durumu	53
Tablo 4.1.3. Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	54
Tablo 4.2.1. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi ve Taburculuk Sonrası Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 4.2.2. Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Taburculuk Sonrası Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 4.3.1. Ölçekler Arasındaki Korelasyon.....	66

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

SGK	Sosyal Görünüş Kaygısı
SGKÖ	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
KCD	Kadın Cinsel Disfonksiyonu
FSFI	Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
DVT	Derin Ven Trombozu
FDA	Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi
ADM	Aselüler Dermal Matriks
ISAPS	International Survey On Aesthetic/Cosmetic Procedures

ABSTRACT

Yazar, I. (2023) Investigation of self-esteem, social appearance anxiety and sexual functions and factors affecting patients undergoing abdominoplasty and mamoplasty operation before surgery and after discharge, Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, The Master Thesis. Istanbul.

The aim of this study is to examine the effects of sociodemographic and surgical characteristics of female patients who underwent abdominoplasty, mammoplasty in their surgical service on their self-esteem, social appearance concerns, and sexual functions before and 1 month after discharge. In the study, 'Rosenberg Self-Esteem Scale', 'Social Appearance Anxiety Scale', 'Female Sexual Function Scale' and 'Introductory Information Form for Patients Planned for Mammoplasty and Abdominoplasty Operations' prepared by the researcher. The sample of the study consists of 70 patients who are planned to undergo mammoplasty, abdominoplasty, have married or sexual partners, and volunteer to participate in the study. As a result of the study, found statistically significant that the female sexual function index value of the abdominoplasty group was lower than those who had breast reduction and higher than those who had breast reconstruction after mastectomy ($p=0.001$; $p<0.05$). The female sexual function index value of the breast reconstruction group after mastectomy was found to be lower than the breast enlargement, breast reduction and breast lift groups ($p=0.001$; $p<0.05$). A statistically significant relationship between the first measure of self-esteem and the first measure of the female sexual function index and the last measurement of the female sexual function index, a positive and moderately significant relationship between the first measure of self-esteem and the last measure of self-esteem, social appearance anxiety with the last measure. There is a positive and highly significant relationship between the last measure of self-esteem, and a negative and weakly significant relationship between the last measure of social appearance anxiety and the last measure of the female sexual function index.

Keywords: Abdominoplasty; mammoplasty; self respect; social appearance anxiety; female sexual function

ÖZET

Yazar, İ. (2023). Abdominoplasti ve mamoplasti operasyonu geçiren hastaların ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel fonksiyonlarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırmanın amacı cerrahi servislerinde abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olan kadın hastaların sosyodemografik ve ameliyata ilişkin özelliklerinin ameliyat öncesindeki ve taburcu olduktan 1 ay sonrasındaki benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları üzerindeki etkisini ve aralarındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada, ‘Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği’, ‘Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği’, ‘Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği’ ve araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan ‘Mamoplasti ve Abdominoplasti Operasyonu Planlanan Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu’ kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, mamoplasti ve/veya abdominoplasti ameliyatı planlanan, evli veya cinsel partneri bulunan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 70 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın sonucunda abdominoplasti grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, meme küçültme olanlara göre düşük olması ve mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, meme büyütme, meme küçültme ve meme dikleştirme grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Benlik saygısı ilk ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi ilk ölçüm ve kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki, benlik saygısı ilk ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki, sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki, sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Abdominoplasti; mamoplasti; benlik saygısı; sosyal görünüş kaygısı; kadın cinsel fonksiyonu

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Fiziksel çekicilik sosyal hayatta avantaj sağlayan bir olgudur. Bu durum insanların tarih boyunca güzellik normlarına göre bir dizi modifikasyon üretmesine neden olmuştur. Günümüzde ise estetik cerrahinin gelişmesiyle fiziksel çekiciliğe verilen ilginin arttığı, özellikle kadınların estetik cerrahi operasyonlarına başvurularının yükseldiği görülmektedir (Güner Küçükkaya, 2011).

Kadınların başvurduğu estetik operasyonlardan özellikle mamoplasti ve abdominoplasti ameliyatları ilgi çekicidir. 2020 yılında Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Derneği'nin estetik cerrahi olan kadınlar arasında yaptığı sıralamada 1. olarak meme büyütme ameliyatı olduğu tespit edilirken 4. Sırada abdominoplasti ameliyatının olduğu görülmektedir (ISAPS, 2020).

Kadınların abdominoplasti ve mamoplastiye başvurmalarının nedenlerine bakıldığında doğum gibi operasyonlar sonunda karın ve memelerde oluşan sarkıntılardan duyulan rahatsızlık, karın ve meme orantısının kadınlar için bir cinsel imaj faktörü olması ya da sosyal çevrede bu ameliyatlara olan ilginin kadınlar için bu estetik operasyonlarını bir görece ihtiyaç haline getirmesi görülebilir (Stuerz et al., 2013).

Estetik cerrahi operasyonlarının olumlu yönleri olabileceği gibi olumsuz etkileri de olabilir. Özellikle kadınların estetik ameliyat öncesi ya da sonrası beden imajlarına yönelik görüşleri, kendilik ve benlik algılarında artış ve azalışa neden olabilirken bu iki olgunun da cinsel fonksiyonları etkileyebileceği öngörülmektedir. Bu araştırmanın odaklandığı ana örüntü de budur.

Rosenberg'e (1965) göre benlik saygısı, bir bireyin kendisine karşı göstermekte olduğu olumlu ya da olumsuz tutumlar olarak açıklanmaktadır. Literatürde benlik saygısı, bireylerin hem sağlık hem de yaşam kalitelerinde önemli bir faktör olarak görülmektedir ve mutlulukla ilişkisi olduğu bilinmektedir (Evans, 1997; Yıldız & Baytemir, 2016). Benlik saygısının düşük ya da yüksek olabileceğini ifade eder. Yüksek benlik saygısına sahip bireyler kendilerini değerli hisseder fakat bu kendini başkalarından üstün gördüğü anlamına gelmez. Benlik saygısı yüksek olmayan

bireyler ise kendilerinden rahatsız olurlar ve sosyal hayatta da başarılı olma motivasyonlarını kaybeder.

Benlik saygısının ilişkili olduğu olgulardan birisi sosyal görünüş kaygısıdır. Görünüm insanların birbirleriyle ilgili izlenimlerini etkileyen, kişilerarası çekicilikte tek başına olmasa da etkili olan bir olgudur. Bireylerin diğer bireylere kendini yakın ya da uzak hissetmesine etki eden bir etmendir (Çepikkurt ve Coşkun, 2010). İnsanlar çevrelerinde daha çekici göründüklerini düşündüklerinde daha fazla iletişim kurmak isterler. Herkes tarafından bilindiği bilinen güzel görünüm için çaba sarf ederler. Fakat görüntülerinin dışarıdaki insanlar üzerinde iyi bir izlenim bırakmayacağını düşünen insanlar bu olay nedeniyle kaygı duyabilmektedirler (Rath ve Harter, 1989). Bireyin bedenine yönelik yaşadığı bu kaygılar onu sosyal yaşamdan uzaklaştırabilmektedir. Ayrıca sosyal görünüş kaygısı yaşayan bireyler kendini gizleme, aşırı süslenme ve kişilerden onay alma ihtiyacını fazla duyma gibi davranışlar gösterebilmektedir (Doğan, Sapmaz ve Totan, 2011).

Masters ve Johnson'un (1996) cinsel yanıt tanımı, seksüel uyarıya karşı fiziksel ve fizyolojik reaksiyonları sıralamaktadır. Özellikle kadınların cinsel yaşam ve yanıtlarına yönelik lineer bir modelin heyecan, plato, orgazm ve tatmin şeklinde geliştiğini ifade etmektedir. Kadın cinsel yanıtının karmaşık doğasına bakıldığında biyolojik etkenlerle birlikte psikolojik faktörlerin de etkili olduğu görülmektedir. Özellikle seksüel kaygı olarak ifade edilen cinsel ilişki öncesi ve sonrasındaki kaygıların cinsel yaşamı etkilediği görülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, İstanbul'da bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinin cerrahi servislerinde abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olan kadın hastaların sosyodemografik ve ameliyata ilişkin özelliklerinin ameliyat öncesindeki ve taburcu olduktan 1 ay sonrasındaki benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları üzerindeki etkisini ve benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Literatürde, abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olan kadın hastaların sosyodemografik ve ameliyata ilişkin özelliklerinin benlik saygıları, sosyal görünüş

kaygıları ve cinsel fonksiyonları üzerindeki etkisini ve aralarındaki ilişkiyi birlikte inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu yönüyle hemşirelerin abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olan kadınlara rehberlik ve danışmanlık etmesine katkı sağlayacak ve hastaların operasyona sağlıklı bir şekilde karar vermesinde yol gösterici olacaktır.

1.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

1.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve gönüllü olur formunu imzalayan,
- İşitsel, görsel ve sözlü konuşma engeli olmayan,
- Mental engeli olmayan,
- Mamoplasti ve/veya abdominoplasti ameliyatı planlanan,
- Devam eden kemoterapi veya radyoterapisi olmayan,
- Evli olan veya cinsel partneri bulunan,
- 18 yaş üstü kadın hastalar çalışmaya alınacaktır.

1.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı ile beraber başka bir ameliyat planlanan,
- Cinsel bozukluk tanısı almış olan,
- Meme kanseri harici kanser öyküsü bulunan,
- Hormon tedavisi alan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı almış olan,
- Yeme bozukluğu tanısı almış olan hastalar dahil edilmeyecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Abdominoplasti

Abdominoplasti, hamilelik veya büyük kilo kaybından sonra hastanın yaşam kalitesini ve vücut konturunu iyileştirmeyi hedefleyen, kozmetik cerrahide sıklıkla uygulanan ve diğer prosedürlerle birlikte gerçekleştirilebilen bir işlem olarak tanımlanmaktadır (Babaitis et al., 2022; de Brito et al., 2012; Winocour et al., 2015). Abdominoplasti ameliyatı, fazla deri ve göbek altı yağ dokusunun çıkarılması ve karın ön duvarı kaslarının tedavisinden oluşmaktadır. Aynı zamanda karının estetik birimleri yani epigastrium, alt karın, yanlar ve mons pubis tedavi edilmektedir (de Brito et al., 2012).

Plastik cerrahide ameliyat sonrasında, kesiden dolayı oluşan yara izi, hastalar için bir endişe kaynağıdır. Cerrahın yara izinin doğal evrimini anlaması çok önemlidir. Gonzalez-Ulloa, Pitanguy, Sinder, Baroudi ve Lockwood'un yayınlarında da görülebileceği gibi, teknikler yıllar içinde geliştirilip ortaya çıkartılmıştır. Fakat cerrahın asıl önemseddiği tekniğin hangisi olduğu değil, yara izinin deri kıvrımında gizlenerek neredeyse fark edilmeyen, küçük, ince ve düz bir şekilde olmasıdır (Kaufmann et al., 2011).

Cerrahın herhangi bir abdominal kesiyi kısaltma kabiliyetinde etken faktör, çıkarılması gereken deri miktarıdır. Yüz bölgesine oranla, karın bölgesinde daha fazla cilt çıkarılması gerektiğinden kesi daha uzun yapılmaktadır (Matarasso, 2010) .

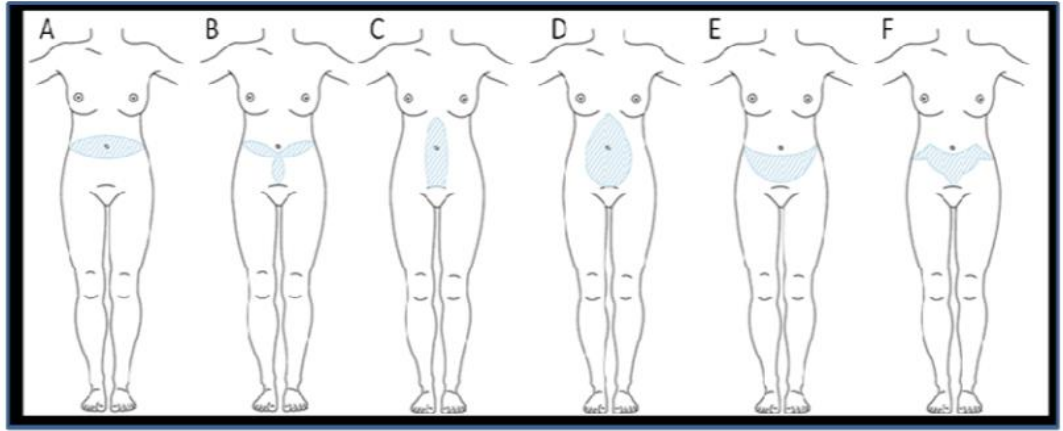
2.1.1. Abdominoplastinin Tarihsel Gelişimi

Geçen yüzyıl boyunca, vücudu daha iyi şekillendirmek veya karındaki yara izini gizlemek için farklı abdominoplasti prosedürlerini tanımlayan ve geliştiren birçok cerrah olmuştur. Vücut şekillendirme, modern cerrahi çağın başlangıcı olan 1870 yılına dayanmaktadır. Fakat 1870 yılında sadece karın duvarının küçük bir rezeksiyonu ile sınırlıdır (Mirrafati, 2005).

1890'da Fransa'da Demars ve Marx ilk sınırlı dermolipektomiye bildirmişlerdir. Jinekolojik cerrah Howard A. Kelly ise, 1899'da Amerika Birleşik Devletleri'nde bu prosedürü bildiren ilk kişi olmuştur. Kelly, bildirdiği prosedürü “transvers abdominal lippektomi” olarak adlandırmıştır. Bu teknikte insizyon zarar görmeden kapatılmıştır ancak teknik sonucunda göbek deliği vücuttan çıkartılmıştır (Mirrafati, 2005) .

1916'da, W. Babcock, karın duvarının altının derin bir şekilde oyulduğu vertikal eliptik rezeksiyonları bildiren ilk kişi olmuştur. 1918'de ise E. Schepelmann, Babcock

eliptik insizyonunu geliştirerek, alt karın bölgesinin daha iyi şekillendirilmesini sağlamıştır. 1924'te M. Thorek, umblikusun altında, enine kesi açıp, fazla deri ve yağı fasyaya kadar kama şeklinde çıkararak plastik “apidektomi” adını verdiği tekniğini bulmuştur. Thorek, aynı zamanda hilal şeklinde kesi ile göbek deliğinin alınıp yeni yerine kompozit greft olarak nakledilebileceğini de anlatmıştır. 1931'de M. Flesh-Thebesius ve K. Wheisheimer, Thorek'in insizyonunua göbeği de dahil ederek tekniğini geliştirmiştir. 1949'da I.F. Pick, ardından 1950'de A.J. Barsky, Thorek enine kesisinin uçlarına dikey kesi ekleyerek kendi tekniğini bildirmiştir (Blugerman et al., 2016)



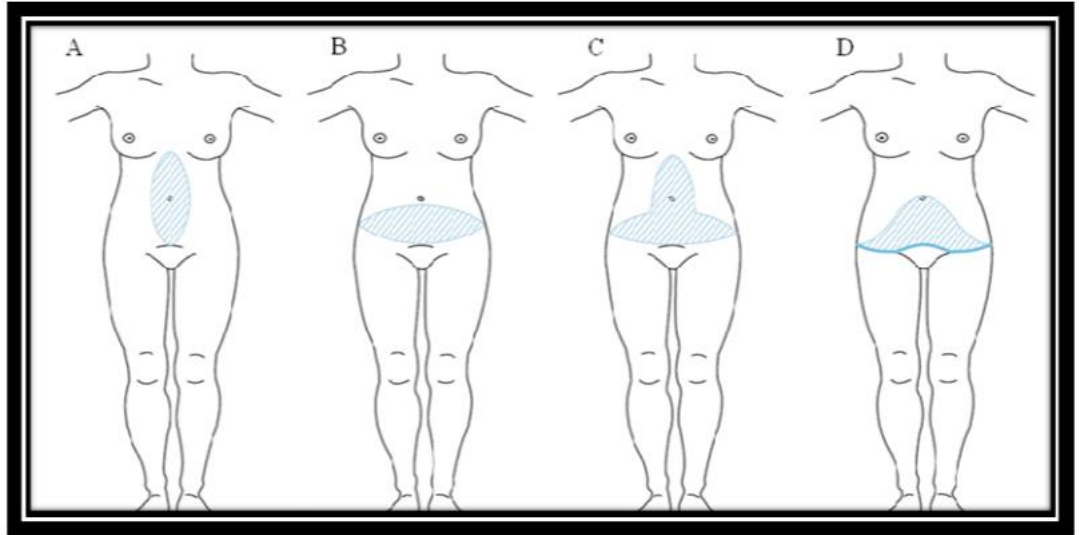
Resim 1: Abdominoplasti Teknikleri 1; A: Kelly transvers abdominollipektomi prosedürü, B: Weinhold karanfil yaprağı insizyonu, C: Babcock vertikal eliptik insizyonu, D: Schepelmann transvers damla insizyonu, E: Thorek plastik adipektomi insizyonu, F: Thorek modifikasyonu (Berberoğlu, 2012a; Mirrafati, 2005)

1955 yılında M. Galtier dört kadrant rezeksiyon tekniğini bildirmiştir. 1957'de Vernon, umblikusun geniş bir şekilde oyulması ve transpozisyonu ile enine abdominal insizyon prosedürünü bildirmiştir. Bunu 1959'da orta hatta küçük bir dikey kesi ekleyerek C. Dufourmentel ve R. Mouly izlemiştir. M. Gonzalez-Ulloa 1960 yılında ve Dubouset J.R. Vilain 1964 yılında I.F. Pick ve A.J. Barsky'nin dairesel karın germe ameliyatına benzer bir teknik bildirmişlerdir. 1965'te Spadafora, kesiyi daha az göze çarpan bir bölgeye indirerek Vernon'unkine benzer bir teknik tanımlamıştır (Blugerman et al., 2016).

1870 yılından 1967 yılına kadar olan literatür incelendiğinde, karın germe prosedürü üç ana kategoriye ayrılmıştır:

- (1) Transvers kesi tercih eden cerrahlar,
- (2) Vertikal kesi tercih eden cerrahlar,
- (3) Vertikal ve transvers kesi kombinasyonunu tercih eden cerrahlar

1967’de çalışmalarını bildiren Pitanguy, alt karna enine insizyonu geliştirmiştir (Neaman et al., 2013) . Karın, kilo alma nedeniyle hamilelik sırasında vücudun en çok değişikliğe uğrayan bölümü olmasına rağmen, cerrahların deneyiminden bağımsız olarak yüksek komplikasyon oranları nedeniyle, bu teknikler popülerlik kazanamamıştır (Blugerman et al., 2016) .



Resim 2: Abdominoplasti teknikleri; A: Vertikal insizyon, B: Transvers insizyon, C: Vertikal ve Transvers insizyon kombinasyonu, D: Pitanguy tekniği (101) (Berberoğlu, 2012b)

Daha sonra Grazer, Pitanguy tekniğini, ön rektus kılıfını kesmeden rektus diyastazı uygulamasını yaparak geliştirmiştir (Neaman et al., 2013).

Liposuction'ın ortaya çıkmasıyla birlikte, birçok vakada abdominoplasti ameliyatı yerine liposuction yapılarak liposuction'ın abdominoplasti ameliyatının yerini alması için çalışılmıştır fakat farklı ve güvenilir sonuçlar elde edilmiştir. 2000 yılında, Avelar tarafından önerilen ve sonrasında Saldanha tarafından yaygınlaştırılan aşağı çekme

abdominal flep tekniği ile, cerrahlar karın germe endikasyonlarını önemli ölçüde arttırmıştır (Blugerman et al., 2016).

Abdominoplasti, hamilelik veya büyük kilo kaybından sonra hastanın yaşam kalitesini ve vücut konturunu iyileştirmeyi hedefleyen, kozmetik cerrahide sıklıkla uygulanan ve diğer prosedürlerle birlikte gerçekleştirilebilen bir işlem olarak tanımlanmaktadır (Babaitis et al., 2022; de Brito et al., 2012; Winocour et al., 2015). Abdominoplasti ameliyatı, fazla deri ve göbek altı yağ dokusunun çıkarılması ve karın ön duvarı kaslarının tedavisinden oluşmaktadır. Aynı zamanda karının estetik birimleri yani epigastrium, alt karın, yanlar ve mons pubis tedavi edilmektedir (de Brito et al., 2012).

Plastik cerrahide ameliyat sonrasında, kesiden dolayı oluşan yara izi, hastalar için bir endişe kaynağıdır. Cerrahın yara izinin doğal evrimini anlaması çok önemlidir. Gonzalez-Ulloa, Pitanguy, Sinder, Baroudi ve Lockwood'un yayınlarında da görülebileceği gibi, teknikler yıllar içinde geliştirilip ortaya çıkartılmıştır. Fakat cerrahın asıl önemsediği tekniğın hangisi olduğu değil, yara izinin deri kıvrımında gizlenerek neredeyse fark edilmeyen, küçük, ince ve düz bir şekilde olmasıdır (Kaufmann et al., 2011).

Cerrahın herhangi bir abdominal kesiyi kısaltma kabiliyetinde etken faktör, çıkarılması gereken deri miktarıdır. Yüz bölgesine oranla, karın bölgesinde daha fazla cilt çıkarılması gerektiğinden kesi daha uzun yapılmaktadır (Matarasso, 2010).

2.1.2. Cerrahi Bölge Anatomisi

Abdominoplasti ameliyatının başarılı bir şekilde sonuçlanması için, abdominal anatominin bilinmesi ve anlaşılması gerektiği belirtilmektedir (Nahai, 2010) .

2.1.2.1. Karın Anatomisi

Karın, kostal kenar, midaksiller çizgi, iliak kret ve simfizis pubis arasındaki alanı kapsar. Karın duvarının ön ve yan hatları ile göbek deliğinin konumu önemli noktalaradır. Göbek orta hattadır ve genellikle superior iliak krest seviyesinde bulunur. Göbek normalde kasık simfizinin 14 cm üzerinde ve kasık kıllarının 10 cm üzerinde bulunur. Bu yer işaretlerini kontrol etmek, umblikusun postoperatif olarak uygun şekilde konumlandırıldığından emin olmak için önemlidir (Nahai, 2010).

2.1.2.2. Karın Duvarı Katmanları

Karın duvarı, iç organları korumaya hizmet ettiği, omurgayı desteklediği ve postürün korunmasına yardımcı olduğu için hayati önem taşır. Ayrıca karın duvarı, idrara çıkma, öksürme ve dışkılama gibi çeşitli bedensel işlevlerin yerine getirilmesine yardımcı olur (Hope et al., 2021) . Çok katmanlı bir yapıya sahiptir ve birçok önemli organın yer aldığı karın boşluğunun anterolateral yüzünü çevreler (Mahadevan, 2012; Varacallo & Al-Dhahir, 2018). Anterolateral karın duvarı, dışarıdan içeriye doğru deri, yüzeysel fasya, derin fasya, dış ve iç abdominal oblik, transvers abdominis ve ilişkili aponeurozlar, rektus abdominis ve piramidalis, ayrıca transvers fasyadan oluşmaktadır (Arslan, 2005). Bu anatomi karının farklı topografik bölgelerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Karın duvarının yapısal bütünlüğünün ve sağlamlığının ana kaynağı kas-yüz tabakası tarafından sağlanmaktadır (Grevious et al., 2006).

2.1.2.3. Cilt

Ön karın duvarının derisi sırt derisine göre ince, kasık derisine göre ise daha gevşektir ve sabitlendiği göbek bölgesi haricinde hareketlidir (Mahadevan, 2012; Wong et al., 2015). Yağ depolamak için bu alanlardaki hacim değişikliklerini kolaylaştırabilen çok düzensiz cilt bağ dokularına sahiptir (Wong et al., 2015).

Karın ön duvarı derisinde enine yerleşmiş cilt gerginlik çizgileri veya Kraissl çizgileri olarak da bilinen doğal elastik traksiyon çizgileri bulunmaktadır. Bu çizgiler boyunca veya paralel olarak yapılan kesiler, fazla yara izi bırakmadan iyileşme eğilimindedir (Mahadevan, 2012).

2.1.2.4. Yüzeysel Fasya

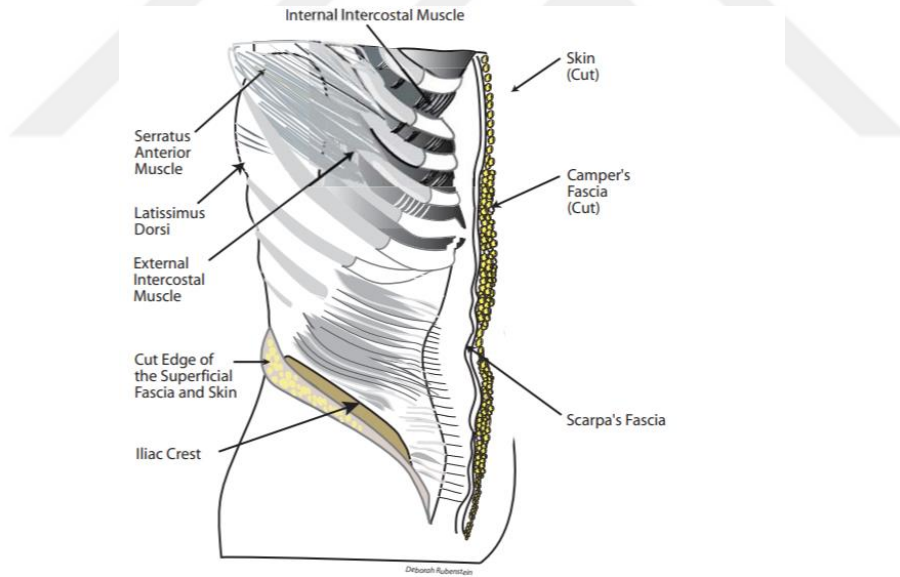
Karın duvarının yüzeysel fasyası, yüzeysel ve derin iki ayrı katmana ayrılır (Grevious et al., 2006; Mahadevan, 2012). Bu katmanlar cilt altı yağlı doku da denilen Camper fasyası ve yüzeysel fasyanın membranöz tabakası olan Scarpa fasyasıdır (Arslan, 2005; Mahadevan, 2012).

Camper fasyası, sırt ve göğüs fasyalarının devamı olan, dermisin hemen altında bulunan ve vücudun herhangi bir yerindeki yüzeysel fasyaya benzeyen bir dış yağ tabakasıdır (Demirci, 2011; Mahadevan, 2012). Camper fasyasındaki yağ miktarı, bireyin beslenme durumuna göre değişiklik göstermektedir. Kadınlarda labia majorayı kaplayan

yüzeyel fasya ile devam ederken, erkeklerde skrotumun dartos tabakası ve penis dış tabakası ile altta yağ dokusundan yoksun olarak incelerek devam eder (Arslan, 2005).

Scarpa fasyası ise tek tabaka halinde daha belirgindir ve ön karın duvarının alt yarısında daha iyi tanımlanmıştır. Ayrıca çocuklarda, özellikle bebeklerde yetişkinlere göre daha belirgindir (Demirci, 2011; Mahadevan, 2012).

Scarpa fasyası linea alba ve simfizis pubise sıkıca yapışır ve penisin veya klitorisin fundiform bağını oluşturur. Erkeklerde, Camper fasyasına katılır ve dartos olarak bilinen bir tabaka içeren tek bir düz kas olarak skrotuma devam eder (Arslan, 2005). Scarpa fasyasının perine içine bu şekilde uzaması, yüzeyel perineal fasya veya Colles fasyası olarak bilinir (Mahadevan, 2012). Uyluğun üst kısmında, inguinal ligamanın hemen altında ve paralel olarak fasya lataya bağlanır. Yüzeyel fasyanın iki tabakası arasındaki boşluk, yüzeysel kasık düğümlerinin kutanöz damarlarının, sinirlerinin ve lenfatiklerinin geçişine izin verir (Arslan, 2005).



Resim 3: Yüzeysel fasyanın iki katmanını (Arslan, 2005).

2.1.2.5. Karın Duvarının Arteriyel Kanlanması

Anterolateral karın duvarının damarları, karın ön duvarını besleyen arterlere eşlik eder (Joseph et al., 2018). Karın duvarı, femoral, dış iliak, subklavian ve interkostal

arterlerin dallarından ve abdominal aorttan kanlanmaktadır. Bu dallar, yüzeysel epigastrik, yüzeysel sirkumfleks iliak, yüzeysel dış pudendal, derin sirkumfleks iliak, üst ve alt epigastrik, posterior interkostal, subkostal, kas ve lomber arterleri içermektedir (Arslan, 2005)

2.1.2.6. Karın Ön Duvarının Venöz Drenajı

Karın ön duvarı yüzeyel epigastrik, torakoepigastrik, paraumbilikal ve yüzeyel sirkumfleks iliyak venler yoluyla drene edilir (Arslan, 2005).

- **Yüzeysel Venöz Drenaj**

Orta hat etrafındaki ön karın derisinin venöz drenajı, üst ve alt epigastrik damarların dalları ile yapılır. Yanların derisi interkostal, lomber ve derin sirkumfleks iliak venlerin dalları tarafından drene edilir. Ayrıca, kasık bölgesindeki cilt, yüzeysel epigastrik, yüzeysel sirkumfleks iliak ve yüzeysel dış pudendal damarlar, femoral venin kolları tarafından boşaltılır (Joseph et al., 2018)

- **Derin Venöz Drenaj**

Karın ön duvarı, üst epigastrik (medial) ve muskulofrenik (lateral), alt epigastrik ve derin sirkumfleks iliak ve ilgili arterlere eşlik eden interkostal, subkostal ve lomber venlerin küçük kolları tarafından boşaltılır (Joseph et al., 2018).

2.1.3. Geleneksel Cerrahi Teknik

Hastanın aşırı kilolu olması durumunda operasyon öncesi kilo verilmesi gerekmektedir (Mang et al., 2010) . Vücut kütle indeksinin 30 kg/m²'den küçük olması ve 6 ay stabil kalması tercih edilir (Rosenfield, 2010). Vücut kütle indeksinin 30 kg/m²'den büyük olduğu durumlarda karın içi yağ yükü/vücut alışkanlığı tatmin edici sonuçlar veriyorsa cerrahi düşünülür, 40 mg/m²'den büyük olduğu durumlarda ise hastanın ciddi fonksiyonel bozukluğu olmadığı sürece cerrahi düşünülmez (Brower, J. P. & Rubin, 2020). Nadir durumlarda karın duvarının sıkılaştırılması yağ alma operasyonu ile kombine edilebilir (Mang et al., 2010).

İşaretleme yapılması için kendi tercih ettiği bir çamaşırını giyen hasta ayaktaiken suprapubik katlantıda kesi çizgisi işaretlenir ve herhangi bir farklılık olmamasına dikkat edilerek yanlara doğru uzatılır (Berberoğlu, 2012b; Mang et al., 2010; Matarasso, A. &

Matarasso, D. M. Matarasso, 2014). Bu işaretlemeyen sonra, cerrah vulva yarığının yaklaşık 6 ila 8 cm yukarısında orta hat pozisyonuyla bu lateral işaretleri birleştirirken hasta hafifçe öne eğildiğinde katlanan derileri nazıkçe kaldırır (Matarasso, A. & Matarasso, D. M. Matarasso, 2014).

Ameliyat genel anestezi altında yapılmaktadır (Brower, J. P. & Rubin, 2020). Abdominal flep, umbilikus etrafından, ksifoid çıkıntı ve kaburga kenarlarına kadar, yukarıya ve yanlara doğru kaldırılır. Flep yeteri kadar kaldırılır ve rektus fasya pilikasyonu yapılır. Aralara sütur atılarak düğümler gömülür ve bu sayede abdominal pilikasyon tamamlanmış olur (Berberoğlu, 2012). Ameliyat masası plaj sandalyesi adı verilen pozisyona getirilir ve abdominal flep aşağıya doğru çekilerek vücuttan çıkarılacak fazla deri belirlenir (Berberoğlu, 2012b; Matarasso, A. & Matarasso, D. M. Matarasso, 2014). Abdominal flep, alt kesiye yaklaştırılarak, umbilikus üzerinde başka bir kesi oluşturulur ve göbek deliği anatomik olarak doğru pozisyonuna getirilir (Berberoğlu, 2012; Ellison et al., 2015) . Drenler yerleştirildikten sonra abdominal kesi fasyalar karşılıklı dikilerek kapatılır ve operasyona son verilir (Berberoğlu, 2012; Matarasso, 2010).

2.1.4. Abdominoplasti Komplikasyonları

Abdominoplasti, estetik açıdan gelişmiş bir karın elde etmek isteyen hastalar için sık yapılan kozmetik bir prosedür olarak kabul edilmektedir (Í. M. Brito et al., 2020; Lesko et al., 2020). Popülaritesine rağmen, sistemik komplikasyon riskinin yüksek olması nedeniyle daha fazla dikkat gerektirmektedir (Í. M. Brito et al., 2020; Matarasso, A. & Matarasso, D. M. Matarasso, 2014).

Komplikasyonların birçoğu, seroma veya yara iyileşme sorunları gibi konservatif veya minimal invaziv tedavi gerektiren küçük komplikasyonlar olarak ortaya çıkar (Í. M. Brito et al., 2020). Yeniden ameliyat veya hastaneye yatış gerektirebilecek, daha az sıklıkta görülen majör komplikasyonlar ise önemli hasta morbiditesi ve maliyetleri ile ilişkilidir.

Seroma, karın germe ameliyatından sonra, vücut kitle indeksi yüksek olan, diyabet kronik hastalığı bulunan ve fazla miktarda derinin eksize edildiği hastalarda görülme riski fazla olan ve sık görülen bir komplikasyondur (Í. M. Brito et al., 2020; Erdoğan & Bulut, 2019). Abdominal flep ile rektus abdominis kas fasyası arasındaki ölü boşlukta oluşur ve

enfeksiyon riskinin artmasına, iyileşme süresinin uzamasına veya daha ileri cerrahi tedavi ile sonuçlanan aspirasyon için sıklıkla tekrarlayan poliklinik ziyaretlerine neden olur (Seretis et al., 2017). Seroma tedavi edilmezse önemli ikincil erken yara komplikasyonlarına veya kronik bir psödobursaya neden olabilir (Í. M. Brito et al., 2020).

Ameliyat esnasında abdominal flep ile fasyaya boşluk kalmayacak şekilde sütur yerleştirilmesi, ameliyat bitiminde dren yerleştirilmesi ve ameliyat sonrasında korse giydirilmesi ve hastanın erken mobilize edilmesi seromanın oluşmaması için alınabilecek önlemlerdir (Erdoğan & Bulut, 2019; M. Türkoğlu, 2021).

Abdominoplasti ameliyatından sonra görülebilen bir diğer komplikasyon ise ciltte ve deri altı dokuda meydana gelen nekrozdur. Başlangıçta nekroz, gecikmiş kapiller dolum ve azalan bölgesel vücut ısısı gibi yetersiz irrigasyon belirtileri ile kendini gösterebilir.

Bu komplikasyon için en önemli risk faktörü, riski üç katına çıkaran tütün tüketimidir. Tütün tüketimi dokuların kanlanması etkilediği için, bu alışkanlığın bırakılması riski azaltmaktadır. (Erdoğan & Bulut, 2019; Vidal et al., 2017). Ayrıca, karın germe ameliyatının diğer estetik operasyonlarla aynı anda yapılması cilt nekrozu riskini de artırır (Vidal et al., 2017). Bir hematoma hacmi yeterince küçükse, tamamen asemptomatik olabilmektedir ve dren yardımıyla kolayca boşaltılabilmektedir ancak daha büyükse genellikle ilk 24 saatte şişlik, lokal ağrı, ekimoz ile kendini göstermektedir ve cerrahi drenajla tedavi edilip gerekirse hastaya kan transfüzyonu yapılmalıdır (Erdoğan & Bulut, 2019; Vidal et al., 2017). Kanamanın erken dönemde saptanıp müdahale edilmesi için hastanın dreninin, pansumanlarının ve yaşam bulgularının sık değerlendirilmesi gerekmektedir (Erdoğan & Bulut, 2019).

Karın duvarını ilgilendiren diğer cerrahi işlemlerde olduğu gibi abdominoplastinin de bir komplikasyonu olan hematomların, seromalardan veya cilt nekrozundan daha az sıklıkta görüldüğü bilinmektedir (Matarasso et al., 2006; Samra et al., 2010; Vidal et al., 2017). Hematom için risk faktörleri hipertansiyon, operasyon sırasında başarısız hemostaz ve konjenital ve edinsel pıhtılaşmadır.

Ayrıca, vücut kitle indeksi daha yüksek olan hastalarda hematom insidansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Enfeksiyonlar, ameliyat yeri enfeksiyonları ve enfekte seromalar dahil olmak üzere abdominoplastide sık karşılaşılan komplikasyonlardan biridir. Tipik olarak eritem, ödem,

hassasiyet, lokal ateş belirtileri ve sınırlı bir alanda iltihaplanma olarak kendisini gösterir (Vidal et al., 2017)

Bağıışıklık sistemi baskılanmış durumlar, yetersiz beslenme ve diyabet, enfeksiyon için önemli risk faktörleri olarak bilinmektedir. Abdominoplasti ameliyatı hasta portfolyosu göz önünde bulundurulduğunda obez ve aşırı kilolu hastalarda enfeksiyon riskinin yüksek olduğu görülmektedir (Vidal et al., 2017). Manassa ve ark. tarafından yayınlanan vaka serisine göre, bütün tüketimi de enfeksiyon riskini artırarak enfeksiyon oranını sigara içmeyenlerde %5'e kıyasla %12.7'ye yükseltiyor (Manassa et al., 2003). Yetersiz irrigasyona bağlı flep nekrozu ve seromalar gibi diğer komplikasyonların da enfeksiyon riskini artırdığı bilinmektedir (Vidal et al., 2017).

Enfeksiyonun tedavisinde antibiyotik, her zaman yerel protokollere ve kültürlere göre düzenlenmelidir. Genellikle tedaviye hızlı yanıt verilir. Antibiyotiklere yeterince yanıt vermeyen agresif enfeksiyonlarda cerrahi debridman son çaredir (Vidal et al., 2017). İnsizyon hattının hızlı iyileşmesi için hastaya beslenme desteği sağlanır (Erdoğan & Bulut, 2019) İnsizyonun açılmaması için hastanın maksimum fleksiyon pozisyonunda durması sağlanmaktadır (Erdoğan & Bulut, 2019; Matarasso, A. & Matarasso, D. M. Matarasso, 2014)

Eski göbek bölgesi çıkarıldıktan sonra cildin gergin bir şekilde kaptılması durumu karın içi basıncın artmasına ve dolayısıyla alt ekstremitelerde venöz kan dolaşımının azalmasına sebep olur. Alt ekstremitelerde yavaşlayan kan dolaşımı ise derin ven trombozuna (DVT) sebep olabilir. (Erdoğan & Bulut, 2019; Türkoğlu, 2021). DVT, pulmoner emboliye yol açabilmesi ve mortalite riski yüksek olması nedeniyle önemli bir komplikasyondur (Pala, 2020). Risk faktörleri, ileri yaş, immobilizasyon, obezite, cerrahi, travma, hormon tedavisi, damar hastalıkları, venöz tromboemboli öyküsü ve intravenöz ilaç kullanımıdır (Erdoğan & Bulut, 2019; Pala, 2020). DVT'nin önlenmesi için ameliyattan sonra hastaya varis çorabı giydirilmeli, plaj sandalyesi pozisyonu verilmeli, aralıklı kompresyon cihazı bağlanmalı, sıvı desteği sağlanmalı ve erken mobilize edilmelidir. (Erdoğan & Bulut, 2019; M. Türkoğlu, 2021).

2.2. Mamoplasti

Mamoplasti ameliyatları; protez meme implantasyonlu meme büyütme cerrahisi, meme küçültme cerrahisi, meme dikleştirme cerrahisi ve kanser hücreli memenin

alınması sonrası meme rekonstrüksiyonundan oluşmaktadır (Corcione et al., 2019; Petek, 2006).

Meme; kadınlar için ikincil seks organlarından biri olarak belirtilmektedir. Karşı cins için cinsellik ve çekicilik, çocuğu olan kadınlar için ise beslenme faktörleri açısından önemlidir (Aygün Topuz, 2019; Karaca & Beydag, 2021). Kadınlar, memenin boyutu, şeklindeki bozulmalar, meme kanseri nedeniyle mastektomi sonrası meme kaybı gibi birçok nedenden dolayı meme estetiği yaptırma oranı yüksektir (Guimarães et al., 2015; Karaca & Beydag, 2021; Spector et al., 2010). Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Derneği'nin (International Society of Aesthetic and Plastic Surgery-ISAPS) 2018 yılında Dünya çapında uygulanmış olan estetik ameliyatları sıraladığı raporunda 1. sırada meme büyütme ameliyatının geldiği ifade edilmektedir (ISAPS, 2020).

2.2.1. Mamoplastinin Tarihi Gelişimi

Yüzyıllar boyunca kadınlar, kıyafetlerini değiştirerek dolgun ve şehvetli bir göğüs görünümü yaratmaya çalışmışlardır. MÖ 3000 tarihlerinde Minos kadınları göğüslerini vurgulamak için ilkel sutyenler ve korseler kullanmışlardır. Kadınların büyük göğüslere imrenmesi sebebiyle, kadınlara fildişi, cam, metal ve kauçuk gibi malzemelerin göğüslerine implante edildiği ağırlı ve şekil bozucu prosedürler uygulandığı bilinmektedir (Sarwer et al., 2000). 1930'larda, bir hastanın göğsüne bir cam kürenin implantasyonu, implanta dayalı ilk meme büyütme operasyonu olduğu bilinmektedir (Coombs et al., 2019). Göğse cam küre, fildişi, cam, metal gibi malzemelerin implant edilmesi hem kadınlara daha büyük göğüsler sağlamakta başarısız olmuştur, hem de sayısız tıbbi soruna neden olmuştur. Ancak büyük göğüslere yapılan vurgu devam etmiştir (Sarwer et al., 2000).

1954'te lokal dermal yağ flepleri, yağ dokusu ve hatta omentum kullanılarak meme büyütme girişimleri tanımlanmış fakat büyük yan etkilere yol açmıştır. (Coombs et al., 2019). Ayrıca 1950-1960 yılları arasında doğrudan memeye sıvı silikon enjekte edilmiştir. Sonuç olarak, silikon çevreleyen dokuyu istila edip tahrip ettiğinden, bu büyütme yönteminin etkisiz ve güvensiz olduğuna karar verilmiştir. Sıvı silikon enjekte edilen birçok kadın mastektomi cerrahisi olmak zorunda kalmıştır (Sarwer et al., 2000). 1960'ların başında piyasaya sürülen ilk silikon jel implantların ise implantın deforme olması, şekilsiz görünmesi, sertleşmesi ve ağrıya yol açması gibi komplikasyonlara sebep olduğu bilinmektedir. Bu komplikasyonları en aza indirmeye yönelik girişimler,

daha sonraki nesillerde poliüretan kabuklu silikon implantların üretilmesine yol açmıştır. 1965'te ilk olarak Fransa'da steril salin solüsyonu ile doldurulmuş şişirilebilir implantlar geliştirildi. 1980'lerin sonlarında, daha ince kabuklu silikon implantlar ile meme büyütme ameliyatları yapılmaya başlanmıştır. Ameliyattan sonra implant rüptürü, kapsüler kontraktür, enfeksiyon ve olası sistemik ve yayılmış granüloamatöz hastalık dahil olmak üzere komplikasyonlar ortaya çıkmıştır. ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), otoimmün ve bağ dokusu hastalıkları ile olası bir bağlantı ve silikonun olası kanserojen doğası hakkındaki endişeler nedeniyle 1992'den 2006'ya kadar silikon implantlara yasak getirmiştir. (Coombs et al., 2019).

1999 yazında, silikon ve silikon meme implantları hakkında 3300'den fazla makale ve raporu incelendikten ve silikon implantları olan kadınların deneyimlerini ifade ettikleri bir kamuya açık oturum düzenlendikten sonra, komite, "meme implantlarında olduğu bilinen silikonlar ve diğer maddelerin sağlık sorunları için bir temel oluşturmadığına" karar vermiştir. Ayrıca silikon meme implantları ile anne sütündeki silikon arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varmıştır. Son olarak, silikon implantlar ile meme kanseri arasında bir ilişki olmadığı sonucunun da FDA'nın silikon implant yasağını kaldırmasına sebep olduğu düşünülmektedir (Sarwer et al., 2000)

İyi üretim uygulamalarından sapmalar nedeniyle 2000 yılında FDA'nın poli implant protezi göğüs implantlarını onaylamayı reddetmesinin ardından, Mart 2010'da Fransız Sağlık Ürünleri Güvenliği Ajansı'nın çok sayıda erken implant rüptürü raporunun ardından şirketin genel merkezini incelemesi üzerine şirket Avrupa düzenleyicilerinden inceleme altına alınmıştır (di Pompeo et al., 2022).

Günümüzde mevcut olan meme implantları, fizyolojik tuzlu su çözeltisi veya silikon jel olmak üzere iki çeşit doldurulmuş silikon elastomer kabuktan yapılmıştır. İkisinin de avantajları ve dezavantajları vardır. Fizyolojik tuzlu su çözeltisi dolgulu implantlar, implantasyon sırasında en büyük boya ayarlanabilir, ancak doğal olmayan şekilde sıkı, kırışık görünümlü olabilmektedir ve vücut pozisyonunda meydana gelebilecek değişikliklerle daha az doğal hareket edebilmektedirler. Silikon jel dolgulu implantların, doğal deri dokusu dezavantajların önüne geçebilmektedir. Özellikle çok küçük memelerin büyütülmesi veya meme rekonstrüksiyonunda olduğu gibi üstte az miktarda yumuşak doku olduğunda daha kullanışlı olmaktadır (Mahić et al., 2020)

Özetle, 1960'ların başındaki başlangıcından bu yana meme büyütme ve şekillendirme ameliyatlarında kullanılan implantların beş nesli olmuştur. Bu nesiller, kabuğun özelliklerine, dolgunun özelliklerine, şekle ve formuna dayanmaktadır (Mahić et al., 2020).

Her prosedürde olduğu gibi, tek bir yöntemi olmayan meme küçültme cerrahisinin tarihi, kendi sınırları olan birçok teknikle doludur (Hall-Findlay & Shestak, 2015). Tarihteki en eski meme küçültme ameliyatını, İngiltere’de, William Durston’ın 1669 yılında yaptığı bilinmektedir (Berberoğlu, 2012a; Pekedis, 2005)

2.2.2. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi

İnsan memesi, herhangi bir ana vücut boşluğu veya viseral yapılarla doğrudan bağlantısı olmayan deri, deri altı dokusu, meme parankimi (kanallar ve lobüller) ve karmaşık bir bağ, sinir, atardamar ve damar ve lenfatik ağında araya giren yağ dahil olmak üzere destekleyici stromadan oluşan modifiye edilmiş bir kutanöz ekzokrin bezidir (Jesinger, 2014; Vitug & Newman, 2007).

Hem erkek hem de kadınlarda, memenin sınırları tipik olarak üstte ikinci kaburgadan altta altıncı kaburgaya, sternum medialde ve midaksiller çizgi lateralde uzanır. Hem erkek hem de kadınlarda, memenin sınırları tipik olarak üstte ikinci kaburgadan altta altıncı kaburgaya kadar, medialde sternum ve lateralde midaksiller çizgiye kadardır (Jesinger, 2014; Lopez & Olutoye, 2017; Pandya & Moore, 2011). Memenin yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör kasının üzerinde bulunur ve memenin geri kalanı serratus anterior kası ve abdominal oblik kasın üst kısmına nüfuz eder. Olgun meme dokusu sıklıkla Spence'in koltuk altı kuyruğu olarak sternumun yanından aksillaya uzanan yarım küre şeklinde bir çıkıntıdır (Lopez & Olutoye, 2017; Pandya & Moore, 2011).

Kadın memesi genellikle erkek memesinden daha büyüktür ve neredeyse tamamen yağdan oluşan erkek memesine oranla, daha fazla fibroglandüler doku içerir (Jesinger, 2014).

Her meme bezinin, yağ dokusu ile ayrılmış, lob adı verilen 12 ila 20 bez bölmesi vardır. Lobların alt bileşenleri olan lobüller, bağ dokusundan oluşur. Lobüllerde, alveol adı verilen süt salgılayan hücreler bulunur. Tüpler sütü meme ucundaki meme kanallarına taşır. Ampulla adı verilen genişlemiş sinüsler, meme başı açılmadan sütü depolar ve süt kanalları sütü meme ucuna taşır (Gladfelter, 2007).

Hamilelik ve emzirme genellikle memedeki yağ dokusuna göre aktif glandüler doku miktarını iki katına çıkarır. Laktasyonun kesilmesinden sonra glandüler doku geriler, bazen bir bebeğin tercihi tek taraflı meme laktasyonu nedeniyle meme boyutunda bir farklılığa neden olur. Meme ucundan 4 ila 18 ana süt kanalı çıkar ve kanal ağs karmaşık ve heterojendir. Anatomik olarak gösterildiğı gibi her zaman simetrik olarak veya mükemmel bir radyal düzende düzenlenmez (Jesinger, 2014).

Meme başı yüzeyi dördüncü ila beşinci interkostal boşlukta bulunur ve süt kanallarının açıklıklarını içerir. Areola, meme ucunu çevreleyen dairesel pigmentli alandır. Memeyi içeren iç zarfa fasya denir; üstte yüzeysel servikal fasya, altta yüzeysel abdominal fasya (Camper Fasyası) ve memeyi üstteki deriye ve alttaki pektoralis fasyasına yapıştıran fibröz bantlar (Cooper's ligamentleri) (Gladfelter, 2007).

2.2.2.1. Memelerin Kan Dolaşımı

Memeye kan temini, fizyolojik aktiviteye ve meme parankim hacmine göre değişir (Jesinger, 2014).

Göğsün arteriyel beslenmesi esas olarak subklavyen arterin bir dalı olan iç torasik arter, interkostal arterler ve lateral torasik arterin dallarından elde edilir (Jesinger, 2014; Wysocki et al., 2020). Yüzeysel olarak, iç ve lateral torasik arterlerin arter dalları meme boyunca dallanarak devam eder ve meme parankiminin derinliklerine perforan dallar gönderir (Jesinger, 2014).

Periareolar pleksuslar meme ucuna kan sağlar. Ana damarlar arteriyel sistemi takip eder. Enine yüzeysel damarlar orta hat iç torasik damarlarına boşalır. Boyuna damarlar juguler sisteme boşalır. Yanal olarak, yüzeysel damarlar lateral torasik ve daha sonra aksiller vene boşalır. Altta drenaj, vertebral ve azigos sistemlerine ve superior vena kavaya akan interkostal sistemidir. Memeye sinir beslemesi, dördüncü ila altıncı interkostal sinirlerin ön ve yan dallarındandır. Drenaj için lenfatik yollar aksiller, iç meme, posterior interkostal ve kutanöz arterler boyuncadır. (Gladfelter, 2007).

Kalan meme kan akımı 2. ila 6. interkostal arter perforatörleri tarafından sağlanır. İnterkostal arterler doğrudan aorttan çıkar; 5. ve 6. perforatörler memenin alt kısmının kanlanması görevi görür (Wysocki et al., 2020)

2.2.3. Meme Bölgesine Uygulanan Cerrahi Prosedürler ve Teknikler

2.2.3.1. Meme Büyütme (Breast Augmentation / Augmentasyon Mamoplasti)

Teknik olarak büyütme mamoplastisi olarak bilinen ve kadınların meme boyutunu büyütme için yapılan meme büyütme operasyonu, iki memenin de arkasına bir meme protezi yerleştirilen elektif bir estetik cerrahi işlemdir. Büyütme mamoplastisi, meme konturunu ve simetrisini iyileştirmek için ve mastektomi sonrası rekonstrüktif bir teknik olarak da yapılmaktadır (Gladfelter, 2007).

İstenen meme şekline göre ve hastaya uygun yuvarlak ya da şekilli implant seçimi için temel ölçümler yapılmaktadır. En önemli ölçü memenin genişliği ve dolayısıyla implantın kendisinin genişliğidir. Göğüs duvarı şekilleri veya anomalileri, implant yüksekliği ve çıkıntısının belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Cilt kalitesinin düşük olduğu ve meme parankiminin az olduğu durumlarda, zaten eksik olan cilt zarfının bozulmasını önlemek için daha düşük profilli anatomik implantlar tercih edilmektedir. Yuvarlak meme implantlarının, memenin üst çeyreğine daha yuvarlak bir görünüm verme eğiliminde, şekilli meme implantlarının ise, memeye hafif bir aşağı eğim verecek şekilde tasarlandığı bilinmektedir (Adams & Mallucci, 2012; Gladfelter, 2007).

Hasta ayaktayken ameliyat öncesi işaretlemesi yapılmaktadır (Adams & Mallucci, 2012; Austin et al., 2019). İşaretlemenin amacı, meme altı kıvrımının konumu ve meme altı kesiğinin yerleştirilmesi gibi doğrudan memenin ameliyat sonrası kıvrımında olması gereken planlanan değişiklikleri işaretlemektir (Adams & Mallucci, 2012).

Hasta, omuzları 90 derece abduksiyonda ve kolları yastıklı kol tahtalarına sabitlenmiş olarak ameliyat masasına sırtüstü yatırılır. Profilaktik antibiyotikler genel anestezi indüksiyonundan önce uygulanır. Göğüs steril bir şekilde hazırlanır ve örtülür (Austin et al., 2019).

En sık tercih edilen kesilerin meme altı ve periareolar kesiler olduğu bilinmektedir. Literatür incelendiğinde transaksiller yolun birçok cerrah tarafından sık tercih edildiği gibi, implantı yerleştirmek için göğüs cebine çok uzak olduğunu düşündükleri bilgisine ulaşılmaktadır (Adams & Mallucci, 2012; Gladfelter, 2007). Salin meme implantlarında, yerleştirmeden önce kabuk başlangıçta boştur ve daha sonra kapalı bir sistem aracılığıyla steril enjekte edilebilir salin ile doldurularak mümkün olan en küçük kesiye izin

verilmektedir. Önceden doldurulmuş silikon meme implantları biraz daha büyük bir kesi yeri gerektirmektedir (Gladfelter, 2007).

Geleneksel olarak, plastik cerrahlar meme implantlarını ya pektoralis majör kasının altına (kas altı yerleşimi) ya da pektoralis üzerine ama glandüler meme parankiminin altına (subglandüler yerleştirme) yerleştirmektedir. Submüsküler yerleştirmenin avantajları, üst göğüs direğinin göğüs duvarından daha yumuşak geçişi ve implantın ilave kas kaplaması nedeniyle ciltte daha az dalgalanma görülmesidir. Diğer bir avantaj, muhtemelen subglandüler düzleme erişirken laktiferöz duktal mikroplar tarafından implantların olası kontaminasyonundan dolayı, submüsküler yerleştirme ile kapsüler kasılma oranlarının daha düşük olmasıdır. Dezavantajları, ameliyat sonrası belirgin rahatsızlık ve özellikle genç, oldukça aktif hastalarda kas kasılmasıyla birlikte hareket deformiteleridir (Coombs et al., 2019).

İşlem bitiminde hem meme altı kesisi hem de periareolar kesisi kapatılır. Yapışmayan pansumanlar ve emici ped yerleştirilir ve hastalara uygun boyutta bir cerrahi sutyen giydirilir (Austin et al., 2019).

Meme büyütme ve tedavileri ile ilgili en sık görülen cerrahi komplikasyonlar hematoma ve enfeksiyondur (Gladfelter, 2007). Diğer komplikasyonlar ise seroma, meme ucunda veya memede his kaybı, insizyon izi, asimetri, implant görünürlüğü ve dalgalanması, implantın yanlış yerleştirilmesi, İmplant yırtılması, İmplant dönüşü, yumuşak doku gerilmesi(çatlak işaretleri) olarak sıralanabilmektedir (Adams & Mallucci, 2012)

2.2.3.2. Meme Küçültme (Breast Reduction / Redüksiyon Mamoplasti)

Kilo artışı yaşayan, yaşı ilerleyen ve genetik ve hormonal sebeplere bağlı olarak zamanla memelerinde hipertrofi gelişen hastalar, yaşam kalitelerinde iyileşme, daha az sosyal ve cinsel utanç ve fiziksel aktivite yapma ve uygun kıyafet bulmada daha fazla kolaylık sağlama umuduyla meme küçültme ameliyatına girerler (Manav, 2020; M. Neto et al., 2008).

Meme küçültme, memenin ağırlık ve hacimsel olarak küçültüldüğü bir cerrahi işlemdir. Bu süreçte memenin şekli iyileştirilip, meme başı areola kompleksi yeniden konumlandırılırken, estetik görünüme de önem verilir (Pekedis, 2005; Purohit, 2008).

Ameliyat öncesi önemli anatomik hususlar arasında meme hipertrofisinin derecesi ve yeri, deri fazlalığı miktarı ve elastikiyeti ve memenin göğüs duvarındaki konumu yer almaktadır (Hall-Findlay & Shestak, 2015).

Meme küçültme amacıyla günümüze kadar geliştirilen birçok teknik bulunmaktadır (A. Türkoğlu, 21 C.E.). Bu teknikler skar ve pedikül paternlerine göre ikiye ayrılmaktadır. Kullanılacak teknik meme büyüklüğü ve mevcut pitoza göre seçilmektedir ancak hastaların tercihi de göz önünde bulundurularak son karar verilmektedir (Manav, 2020).

2.2.3.3. Meme Dikleştirme (Breast Lift / Mastopeksi)

Yaşın ilerlemesi, hamilelik, emzirme veya kilo kaybı sonrasında dokuların elastikiyetinin azalması nedeniyle göğüste sarkma veya aşağı inme durumları meydana gelebilmektedir. Dolayısıyla cilt zarfı, destekleyici bağlar ve kanalların gerilmesi, hem meme tümseği hem de meme başı-areola kompleksinin göğüs duvarına inmesi ile pitoz oluşmaktadır. Bunlar daha sonra hacim azaldığında geri çekilemezler. Sonuç olarak göğüs duvarında meme pozisyonu daha aşağıda yer alır, meme konturu değişir ve üst meme dolgunluğu azalır (Ramanadham & Rose Johnson, 2020; Rohrich et al., 2004) Mastopekside amaç meme başı-areola kompleksini yükselterek ve cildi sıkılaştırarak meme pitozislerinin uzun süreli düzeltilmesini sağlamaktır (Rohrich et al., 2006).

Mastopeksi, plastik cerrahide en zorlu operasyonlardan biri olmaya devam ediyor. Cerrah genellikle iyi planlanmış ve dikkatli bir yaklaşım gerektiren gevşek ve pitotik meme dokusu ile karşı karşıya olduğundan, çoğu kişi mükemmelliğe ulaşmanın zor olduğuna inanır (Rohrich et al., 2004).

Mastopeksi yıllık gerçekleştirilen işlem sayısındaki artış ve azalmanın çok gerisinde yer almasına rağmen, önemli yara izleri bırakması sebebiyle istenmeyen sonuç, revizyon ve dava insidansı yüksektir. Mastopekside, doğru teknik uygun endikasyonlarla eşleştirildiğinde etkilidir (Hidalgo & Spector, 2015).

Mastopeksi'nin aynı zamanda meme büyütme ameliyatı yapan her plastik cerrahın eksplantasyon sonrası hastalarına sunması gereken bir ameliyat olduğu bilinmektedir. Küçültme mamoplastilerindeki durumun aksine, memeye sıkı ve genç bir görünüm kazandırmak için doku çıkarılmaz, kesi yardımı ile yeniden dağıtılarak pay edilmektedir. Kesinin konumuna bağlı olarak, yara izleri az ya da çok görünür olabilmektedir. Bazı

durumlarda hipertrofik yara izi de son görünümü tehlikeye atabilmektedir (Rohrich et al., 2004)

Superior tabanlı dermal pedikül, vertikal bipediküllü dermal flep, inferior piramidal serbest meme grefti, konsantrik mastopeksi teknikleri ve eski “donut” mastopeksisinin Benelli modifikasyonları daha önce açıklanan tekniklerden bazılarıdır (Foustanos, 2009).

Mastopeksi için cerrahi planlamadan önce ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene gereklidir. Kilo kaybı, emzirme, steroid kullanımı, önceki radyasyon tedavisi ve tütün kullanımı önemlidir. Bu faktörler, doğal dokuların zayıflamasına ve memenin doğal destek ağının bozulmasına ve iyileşmenin gecikmesine katkıda bulunabilir. Meme ve meme başı-areola kompleksinin normal dolaşım düzenlerinde bozulma olup olmadığını daha iyi anlamak için önceki meme ameliyatları araştırılmalıdır. Bu bilgi, doku nekrozu riskinin arttığı ikincil/revizyon mastopekside özellikle önemlidir (Pferdehirt & Nahabedian, 2021).

Literatür araştırması yapılırken, bazı tekniklerde hasta ayaktayken bazı tekniklerde ise hasta supine pozisyondayken cilt işaretlemeleri yapıldığı bilgisine ulaşılmıştır (Austin et al., 2019; Foustanos, 2009; Ors, 2017). Hazırlıkları tamamlanan bütün hastalara genel anestezi uygulanmaktadır (Foustanos, 2009). Mastopeksi özet olarak, ters T modeli ile uygulanmaktadır. Göğüs duvarında perforan damarlara dayanan alt tabanlı bir parankimal flep ile bir medial ve lateral sütun oluşturulur. Üst meme, pektoral fasyadan kısmen sarkmıştır. Alt parankimal flep pektoral fasyaya dikilir ve medial ve lateral sütunlar birbirine dikilir (Nahabedian, 2011). Boehm ve ark. dikey bir kesi ile yapılması dışında aynı işlemi tercih etmektedir (Boehm & Nahai, 2008; Nahabedian, 2011) Ritz ve ark. vertikal veya ters T modelinin tanımlandığı fasyal süspansiyon mastopeksisini tanımladılar (Nahabedian, 2011; Ritz et al., 2006). Bu teknikte alt parankimal pedikül 3x5 cm'lik pektoralis fasya bandı altında tünellenmektedir. Medial ve lateral sütunlar yaklaştırılmaktadır (Nahabedian, 2011). Graf ve Biggs, flebin pozisyonunu korumak için alt parankimal flebin bir pektoral kas döngüsünden geçirildiği pektoral ilmek tekniğini popüler hale getirmiştir (Graf & Biggs, 2002; Nahabedian, 2011).

2.2.3.4. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu

Meme kanseri, eski Mısırlıların papirüs yazılarından edinilen bilgilere göre MÖ 1600'e kadar uzanmaktadır ve günümüzde dünya genelinde artan insidansı nedeniyle

önemli sağlık sorunlarından biri olarak görülmektedir (Siegel et al., 2021; Şöhret, 2020; Uroskie & Colen, 2004). Meme kanseri tedavisinin önemli bir yöntemi, geçen yüzyılda giderek daha az sakatlayıcı hale gelen meme koruyucu cerrahi tedavidir. Metastaz riskini azaltmak için tümör eksize edilmektedir (Schmauss et al., 2016).

Meme koruma tedavisi kanserli birçok kadın için mükemmel bir seçim olsa da, bu kadınların büyük bir yüzdesi nihai kozmetik sonuçlarından memnun kalmamaktadır. Sonuç olarak, kadınlar sıklıkla rekonstrüksiyon yaptırıp yaptırmama kararı ile karşı karşıya kalmaktadır (Serletti et al., 2011). Radikal Mastektomi, Total (Basit) Mastektomi ve Modifiye Radikal Mastektomi gibi çeşitleri bulunan mastektomi operasyonları tedavi şansı sunmaktadır ve rekonstrüksiyon bir kadına daha iyi bir estetik sonuç sağlarken aynı zamanda iyileşmeyen yaraların ve radyasyon ülserlerinin tedavisine yardımcı olmaktadır (Bican, 2019; Serletti et al., 2011).

Zaman içerisinde meme kanserinin erken teşhis ve tedavisinde gelişmeler olduğu gibi mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu için kullanılan tekniklerde de gelişmeler olmaktadır (Platt et al., 2011). Tarihsel olarak, meme rekonstrüksiyonunun amacı, giyinirken görünümü iyileştirmek ve harici bir protezden kaçınmakken, cerrahi gelişmeler ve artan hasta beklentileri bu hedefleri değiştirmektedir. Mevcut amaç, kalan memenin konturu, boyutu ve konumu açısından eşleştirirken, teknik fizibilite sınırları içinde hastanın isteklerini karşılayan simetriyi üretmektir. Bu, kendi dokularının, meme implantlarının ve karşı memeye yönelik düzeltici cerrahinin kullanımını içerebilir. Meme rekonstrüksiyonu zamanına göre anında veya gecikmiş olarak uygulanabilmektedir. Mastektomi esnasında gerçekleştirilen anında meme rekonstrüksiyonu cerrahisi, hastanın geçireceği cerrahilerin sayısını azaltma, memenin kadınlardaki önemi açısından psikolojik fayda sağlama ve doğal meme derisinin çoğu ile meme ucunu koruma gibi avantajlara sahip olmaktadır. İlerlemiş hastalığı olan, hastalık kontrolü konusunda belirsizlikleri olan veya onkolojik prosedür sırasında rekonstrüktif bir karar vermeye ilgi duymayan veya buna hazır olmayan hastalara gecikmiş rekonstrüksiyon önerilebilmektedir (Somogyi et al., 2018).

Yayınlanmış kanıtlar, mastektomi sonrası radyasyon gerekliyse (lenf nodu metastazları nedeniyle), kötü kozmetik sonuçlara yol açabileceğinden implantlar veya otolog doku ile hemen rekonstrüksiyon yapılmaması gerektiğini göstermektedir (Noone et al., 1994; Rezai et al., 2008). Genel psikolojik rehabilitasyonu ve kalan yaşam kalitesini

iyileştirmek için kötü prognozlu hastalıklarda bile meme rekonstrüksiyonu endike olabilir (Rezai et al., 2008)

Literatür incelendiğinde mastektomi sonrası meme onarımı ameliyatları hastanın kendi dokusu ile veya doku genişleticiler ve silikon implant kullanılarak yapılmak üzere iki gruba ayrılabilir (Ayhan et al., 2009; Bican, 2019). Birçok rekonstrüktif yöntem olduğu gibi her birinin kendine özgü endikasyonları, kontrendikasyonları, avantajları, dezavantajları ve komplikasyonları olduğu bilgisine ulaşılmaktadır (Platt et al., 2011).

İmplant temelli rekonstrüksiyonlar, prosedürlerin sayısına (tek seansta direk implant ile veya doku genişletici sonrası iki seans), implant tipine, implantın pektoralis majör kasına göre konumuna ve destekleyici materyale göre değişen farklı teknikleri içermektedir (Aslaner, 2014; Kaidar-Person et al., 2021).

Hemen ya da gecikmiş olarak uygulanabilen iki aşamalı implant temelli rekonstrüksiyon için ameliyat öncesi hasta işaretlemeye inframammarian kıvrımının belirlenmesi oldukça önemlidir. Meme boyutunu büyük bulan ya da belirgin pitozu bulunan hastalarda iki meme arasındaki simetriyi sağlamak için diğer memeye de mastopeksi veya meme küçültme gerekebileceği için diğer memenin de işaretlenmesi yapılmaktadır (Serel et al., 2004; Somogyi et al., 2018). Rekonstrüksiyonun ilk aşamasında pektoralis kasının altına doku genişletici yerleştirilmektedir. Genişletici, uygun hacim elde edilene kadar her 1-2 haftada bir (transkütan enjeksiyonlarla) doldurulur. İkinci aşamada ise şişen doku genişletici çıkartılıp yerine implant değişimi yapılmaktadır (Serel et al., 2004; Somogyi et al., 2018).

Hemen ya da gecikmiş olarak uygulanabilen direkt implant ile rekonstrüksiyon için en iyi aday küçük, yuvarlak ve 1-2 derece pitozu olan hastalardır. Morbid obez hastalar genellikle implant rekonstrüksiyonu için zayıf adaylardır ve genellikle otolog bir seçenekle daha iyi hizmet görmektedirler. (Salzberg, 2012; Serel et al., 2004).

Üstten ikinci kaburgadan, medial olarak sternumda pektoralis kasının kökenine ve lateralde lateral meme kıvrımına uzanan bir subpektoral cep oluşturulmaktadır. İmplantın anatomik yerleştirilmesine izin vermek için inferomedial kasın bir kısmının elevasyonu da yapılmaktadır. Aselüler Dermal Matriks (ADM), medialden laterale ve daha sonra çevresinde ve lateral meme kıvrımına kadar alt rotası boyunca pektoralis kasına akan bir şekilde dikilmektedir. Uygun implant üstteki kas ile alttaki ADM arasına yerleştirildikten

sonra, ADM'nin doğrudan meme altı kıvrımına istenilen pozisyonda dikilmektedir (Salzberg, 2012).

Otolog rekonstrüksiyon, meme tümseğini yeniden yapılandırmak için hastanın kendi derisini, yağını ve kasını kullanmaktır. Otolog rekonstrüksiyon genellikle pediküllü ve serbest doku olarak ikiye ayrılmaktadır (Somogyi et al., 2018).

2.3. Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı

2.3.1. Benlik Kavramı

Benlik kavramının incelenmesi uzun, tartışmalı bir tarihe sahiptir ve sosyal bilimlerde en köklü araştırma alanlarından biri olduğu bilinmektedir. Benlik kavramı, psikoloji bilimi doğmadan çok önce, yüzyıllar boyunca filozofların ve büyük düşünürlerin hayal gücünü ele geçirmiştir (Marsh et al., 2012). Sosyoloji ve psikolojide benlik ve benlik kavramı araştırmalarında ilk açıklamaların psikolog William James'e ait olduğu görülmektedir (Owens & Samblanet, 2013; Özen & Gülaçtı, 2010). Yapılan araştırmalar ne kadar erken tarihte başlamış olsa da, kavramın ezoterik tanımı ve değişebilir olması nedeniyle, benlik imajı ve benlik saygısı gibi kavramların eş anlamlı olarak kullanılmasına ve benlik değeri, benlik inancı, benlik kavramı, benlik farkındalığı ve benlik saygısı gibi terimlerin yanlış tanımlanmasına ve kafa karışıklığına yol açmıştır (Butler & Gasson, 2005).

Hattie (1992), kendilik hakkındaki kuramlaştırmanın köklerini M.Ö. Sokrates, benliği bir kişinin ruhu olarak görmüştür; Descartes, ünlü "Düşünüyorum öyleyse varım" sözüyle zihni bedenden ayırmıştır ve Rogers, "Benlik, var olmanın farkındalığıdır" demiştir (Marsh et al., 2012).

1890 tarihinde James, o zamanlar gelişmekte olan psikoloji alanı için bir ders kitabı olarak tasarladığı "The Principles of Psychology" kitabında benlik türünü "maddesel benlik", "sosyal benlik", "ruhsal benlik" ve "saf ego" olmak üzere dört şekilde işlemektedir ve bu türleri, "bilen ben" ve "bilinen ben" olarak sınıflandırmaktadır (Aslan Yılmaz, 2016; James, 1890; Özen & Gülaçtı, 2010; The Macat Team, 2017).

Psikolojik literatürde yapılan araştırmalara göre benlik algısı, benlik kavramı ve benlik saygısı olmak üzere iki farklı bileşene ayrılabilir (Silvestri et al., 2018; Smith et al., 2007). Bilişsel algılara dayalı olarak benlik, kişilerin kendileri hakkında ne

düşündüklerini ifade etmesi olarak tanımlanmaktadır (Silvestri et al., 2018). Benlik kavramı, bireylerin sosyal kabullerinin, atletik ve skolastik yeteneklerinin, davranışlarının ve fiziksel görünüşlerinin içsel tasvirini tanımlayan, önemli insanlarla sosyal karşılaştırma ve iletişimde ortaya çıkan çok boyutlu bir psikolojik yapıdır (Pesu et al., 2016; Wang et al., 2014).

Carl Rogers (1959)'a göre, benlik kavramının üç bileşeni:

- Kişinin kendisi ile ilgili görüşü (Kendi imajı)
- Kişinin kendisine ne kadar değer verdiği (Özsaygı veya özdeğer)
- Kişinin gerçekten nasıl olmayı dilediği (İdeal benlik) (McLeod, 1993)

Benlik kavramının genetik olarak döllenme ile ve gelişimsel olarak doğum ile başladığı söylenebilmektedir (Araç, 2022; Sır, 2022). Çocukların uyumsal gelişimi için önemli olan benlik kavramı kişisel kimlik ve sosyal kimliğin bir sonucudur (Silvestri et al., 2018; Wang et al., 2014). Sosyal kimliğin benlik kavramına entegrasyonu ise çocukluk döneminde akran ilişkileri deneyimiyle başlamaktadır (Silvestri et al., 2018). Okul, arkadaş grupları ile iletişim, ebeveynlerin tutumu, çocukların benlik kavramını oluşturup şekillendirmesinde önemli katkı sağlamaktadır (M. Sarı & Cenkseven Önder, 2008).

2.3.2. Benlik Saygısı

Benlik saygısı yaşam boyu gelişen ve birey ile çevresi arasındaki etkileşim sürecini içeren, kişinin kendi benlik kavramları hakkında nasıl hissettiği ve kendisini nasıl değerlendirdiğini gösteren bir yargı olarak bilinmektedir (Harputlu et al., 2007; McMullen & Resnick, 2013; Silvestri et al., 2018). Bu kavram, bir kişinin yeteneklerinin nesnel takdirini yansıtmak zorunda değildir, ancak kendini kabul etme ve kendine saygı duyma duygularını kapsamaktadır (Silvestri et al., 2018). Öz güven, öz saygı, benlik imgesi, benlik değeri, kendini değerlendirme gibi kelimelerle eş anlamlı olarak da karşımıza çıkabilmektedir (Sır, 2022).

Çağdaş yaşamda her yerde bulunan benlik saygısı kavramının, kelime olarak da çeşitli kullanımları bulunmaktadır (Kaplan, 2015; Orth & Robins, 2014). Kelimeden önce genellikle düşük veya yüksek kelimesi gelmektedir ve bu da bireyin sahip olduğu öz saygı düzeyini göstermektedir. Görünüşün algılanan ölçümüne bağlı olarak, kelimenin anlamı olumludan olumsuzla değişmektedir. Genellikle yüksek benlik saygısı sağlıklı bir durum

olarak görülürken, düşük benlik saygısı birey için sağlıksız olarak görülmektedir. (Kaplan, 2015). Bireylerin kendilerine değer verme derecesi, daha yüksek bir benlik saygısının göstergesi olarak bilinmektedir (McMullen & Resnick, 2013). Benlik saygısı genellikle ‘bir kişinin yeterince iyi olduğu duygusu’ olarak kavramsallaştırılmaktadır dolayısıyla yüksek benlik saygısına sahip kişilerin diğerlerinden üstün olduklarına inandıkları söylenememektedir (Orth & Robins, 2014; Rosenberg, 1965) . Güven eksikliği ve/veya birinin diğerlerinden daha az önemli olduğu görüşü, düşük benlik saygısı ile ilişkilidir. Benlik saygısı yüksek olan bireylerin, iş ve diğer yaşam aktiviteleriyle ilgili olarak daha esnek ve yeni girişimlerde bulunmaya veya yeni sorumluluklar almaya daha istekli olma eğiliminde oldukları bilinmektedir (McMullen & Resnick, 2013). İnsanlar genellikle yüksek benlik saygısının sınıflarda, işyerlerinde, spor ve sanat etkinliklerinde başarı için kritik olduğunu varsaymaktadırlar. Aslında, benlik saygısının teşvik edilmesi ve düşük benlik saygısının önlenmesi, toplumdaki özsaygı düzeylerini artırmak için yaygın müdahaleleri hak eden önemli bir toplumsal hedef olarak algılanmaktadır (Orth & Robins, 2014)

Rosenberg (1965)’e göre benlik saygısı, kişinin kendisine yönelik olumlu ya da olumsuz tutumu ve kişinin kendi düşünce ve duygularını kendisiyle ilgili olarak değerlendirmesidir (Park & Park, 2019; Rosenberg, 1965). Kişi kendisini değerlendirirken, kendi özelliklerinden hoşnut, kendisine saygı duyuyor ve eksikliklerinin farkında olarak yargılıyorsa yüksek benlik saygısına sahiptir. Eğer kişi kendisine yeterince saygı duymayıp, kendisini değersiz görüyor ise benlik saygısı düşüktür (Mete, 2019; Şahan Yılmaz & Duy, 2013). Benlik saygısı düşük olan bireyler toplumla bağ kurarken sosyal açıdan uyumsuzluk yaşamaktadırlar (Rosenberg, 1965).

Benlik saygısını bireyin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri olarak tanımlayan Coopersmith'e göre dört faktör benlik saygısının gelişimine katkı sağlamaktadır. Bunlar;

1. Bireyin hayatında değer verdiği bireylerden gördüğü ilgi, kabul ve saygı düzeyi,
2. Bireyin başarı geçmişi ve sahip olduğu statü,
3. Bireyin başkaları tarafından belirlenen ve kendisi tarafından da kabul edilen amaçlara ulaşması,
4. Bireyin kendisine yapılan değerlendirmelere verdiği karşılık ve tavrıdır (H. Arslan et al., 2016; Coopersmith, 1967; Ünal, 2014).

Birçok araştırmacı benlik saygısı kavramını farklı tanımlamaktadır fakat literatür taraması yapıldığında, bireyin kendisine saygısının, yaşamını olumlu ve olumsuz olarak etkilediği konusunda ortak noktada buluşmaktadırlar. Bireyin benlik saygısının düşük ya da yüksek olması, o kişinin yaşantısını, ruh halini, düşüncelerini ve dile getirdiklerini, geçmişteki ve gelecekteki davranışlarını, çevresindeki insanları ve onların kendisine nasıl davrandığını etkilemektedir (Biro et al., 2006; Rosenberg, 1965; Şahan Yılmaz & Duy, 2013)

Benlik saygısı kavramı aynı zamanda insanların çeşitli yetenek ve özelliklerini değerlendirme biçimlerine değinmek için de kullanılmaktadır. Örneğin, benlik saygısını değerlendirmek için tasarlanmış birçok ölçek, akademik benlik saygısını, sosyal benlik saygısını veya atletik benlik saygısını ölçmek için alt ölçekler içermektedir.(Brown et al., 2001).

2.3.2.1. Benlik Saygısının Gelişimi

Benlik saygısı, benlik kavramının sosyal çevre ve aile üyelerinin etkisiyle değişebilir olması nedeniyle yaşam boyunca gelişim gösteren ve şekillenen bir süreç olarak bilinmektedir (Araç, 2022; Karaca, 2019; Kartel & Tortop, 2019; Polat, 2007). Bireyin doğumu ile başlayan benlik saygısı, gelişimsel olarak 2 yaş civarında keşfedilmeye başlanmaktadır. Dereceli olarak bedenlerini keşfetmeye başlayan çocuklar, ebeveynlerinin yaklaşımları yardımıyla kendilerini algılayarak kişiliklerinin temelini oluşturmaktadırlar (Karaca, 2019; Polat, 2007).

Benlik saygısının gelişimsel yörüngesi, ergenlikten yetişkinliğe doğru kademeli bir artış ve 50-60 yaşlarında zirveye ulaşması ve ardından yaşlılıkta azalma ile karakterize edilmektedir (Silvestri et al., 2018). Çocukluktan ergenliğe geçiş dönemi sırasında, bireyler okul, arkadaşlık veya boş zaman etkinlikleri ile ilgili önemli kararlar almak zorunda kalmaktadırlar ve tüm bu kararlar farklı alanlarda kişiliklerinin gelişmesine ve kimliklerinin oluşmasına yol açmaktadır. Ayrıca bireyler ergenlik dönemindeki fiziksel değişikliklerin yanı sıra zihinsel yeteneklerindeki ve aile ve arkadaşlarıyla olan sosyal ilişkilerindeki değişikliklerle de uğraşmak zorundadırlar (Avontroodt et al., 2019; Karadağlı, 1993; Kaya, 2017).

Benlik saygısının önemli bir rol oynadığı kimlik oluşumu hayat boyu her dönemde şekillenebilmektedir fakat ergenlik dönemi oldukça kritik bir dönemdir. Çocukluk

döneminin iyi ve sağlıklı veya kötü ve sağlıksız olarak geçmesi yetişkinlik dönemindeki benlik saygısı düzeyini etkilemektedir. Benlik saygısı düşük olan ergenlerin, yetişkinlik döneminde daha kötü ekonomik refah, zihinsel ve fiziksel sağlığa sahip olma ve suç işleme ihtimallerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Avontroodt et al., 2019; Karaca, 2019; Karadağlı, 1993; Kaya, 2017).

2.4. Sosyal Görünüş Kaygısı

Bireylerin kendi fiziksel yapıları ile ilgili algıları vardır ve bu algılar bazı durumlarda insanlara moral verirken bazı durumlarda ise kaygı yaratabilmektedir (Sevindi, 2020). Craske ve arkadaşlarının (2009) Barlow'un kavramlarını kullanarak aktardığına göre, kaygı; olası, yaklaşan olumsuz olaylara hazırlıkla ilişkili, geleceğe yönelik bir ruh hali olarak tanımlanmaktadır. İnsan korku ve endişesine ilişkin bu görüş, hayvanlardakine benzetilmektedir. Yani, kaygı, potansiyel bir yırtıcı saldırı sırasında bir hayvanın durumuna karşılık gelmekte ve korku, bir hayvanın avcı teması veya yakın temas sırasındaki durumuna karşılık gelmektedir (Craske et al., 2009; Fink, 2016). Hayatta kalma açısından bakıldığında, bu kaygı gerekli ve yararlı olarak değerlendirilebilmektedir. Burada asıl önemli olan konu, toplumsal durumlarda yaşanan bu kaygının hangi düzeylerde uyumlu ve kabul edilebilir olduğu, hangi durumlarda psikolojik rahatsızlık olarak değerlendirildiğidir (Bakiler, 2022).

Sosyal kaygı ise, bir kişinin sosyal veya performans durumlarında başkası tarafından değerlendirilmeye yönelik utanma veya aşağılanmanın meydana gelebileceği yoğun ve sürekli korkma ile karakterize bir insan deneyimi olarak tanımlanmaktadır (Hart et al., 2008; Koskina et al., 2011; Morrison & Heimberg, 2013). Bu deneyim, yaşam konforunun bozulacağı bir ciddiyete ulaşır ve tedbir alınmazsa, sosyal kaygı bozukluğu veya sosyal fobiye dönüşebilmektedir (Morrison & Heimberg, 2013; Özyüksel, 2022). Sosyal kaygı bozukluğu olan bireyler, düşük yaşam kalitesinin yanı sıra sosyal, mesleki ve eğitimsel işlevsellikte önemli ölçüde bozulma bildirmektedir (Hart et al., 2008).

İlk kez 1903 yılında Janet tarafından kullanılan “sosyal görünüş kaygısı (SGK)”, kişinin başkaları tarafından fiziksel görünüşleri açısından değerlendirildiğinde yaşadıkları gerilim ve kaygı olarak tanımlanmaktadır ve literatürde beden imajı ve benlik saygısı gibi pek çok kavramla ilişkilendirilmektedir. (Amil & Bozgeyikli, 2015; Sevindi, 2020; Türkay, 2021). Yalnız beden imajında kişinin kendi bedeni hakkındaki düşünceleri ön planda iken sosyal görünüş kaygısında diğer kişilerin kişinin bedeni ve görünüşü

hakkındaki düşünceleri ve değerlendirmeleri daha önemli olmaktadır (Çelik & Çakmak Tolan, 2021). Bu kavram, bireyin benliğine bağlı olarak başkaları tarafından kabul edilmeme, beğenilmeme veya alay konusu edilme kaygısı olarak değerlendirildiğinden, bireyin kendini değerlendirme sürecinde dikkate alması gereken kavramlardan biri olarak yer almaktadır (Amil & Bozgeyikli, 2015).

Genellikle vücut ağırlığı, saç, göz, ten rengi, vücut tipi gibi özelliklerle ilişkili bir endişedir fakat sadece bireyin fiziksel görünümü ile ilgili olduğu söylenememektedir (Amil & Bozgeyikli, 2015; White & Warren, 2014). SGK aynı zamanda bireyin genel görünümü ile ilgili genel değerlendirmeleri de içerir ve genel sosyal kaygıya daha yakın görünmektedir (Amil & Bozgeyikli, 2015).

SGK, bireylerin başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten veya küçük düşürülmekten korkmaları nedeniyle sosyal ortamlarda yeni biriyle tanışmak, topluluk içinde veya grup içinde konuşmak, kalabalık ortamlarda yemek yemek gibi kişinin gözlemlendiğini düşündüğü sosyal performans gerektiren durumlardan yoğun, mantıksız ve sürekli korku ve endişe duyması ile karakterize bir durumdur (Kurhan, 2021).

SGK'nın başlıca dezavantajları; beden memnuniyetsizliği, yeme davranış bozuklukları, kaygı, depresyon, vücut ağırlığı, biçim ve yeme kaygısıdır. Beden algı bozukluğu, cinsiyet, vücut ağırlığı ve yaş sosyal görünüş kaygısını artıran başlıca risk faktörleridir (Şanlıer et al., 2017).

SGK'nın daha çok bireyin fiziksel görünümünün başkaları tarafından değerlendirilmesinin en yoğun kaygıya neden olduğu, kafa karışıklığı ve depresyon dönemi olarak da adlandırılan ergenlik döneminde görüldüğü düşünülmektedir (Amil & Bozgeyikli, 2015).

2.5. Kadın Cinsel Disfonksiyonu

Kadın Cinsel Disfonksiyonu (KCD); cinsel istek bozukluğu, orgazm, uyarılma ve cinsel ağrı gibi problemlerin birkaçının ya da tamamının bir arada bulunması ile ortaya çıkan hem biyolojik hem de psikososyal bileşenleri olan çok nedenli ve çok boyutlu bir tıbbi sorun olarak tanımlanmaktadır (Berman, 2005; Özcan & Kızılkaya Beji, 2018).

Geçtiğimiz yıllar boyunca KCD'nun genel tanımı, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 4. Baskısına (American Psychiatric Association, 2000), Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına (Organization, 1992), 2000 ve 2003 fikir birliği

raporlarına (Basson et al., 2000, 2004) ve en son gözden geçirilmiş DSM-IV (Brotto, 2009b, 2009a; Graham, 2009a, 2009b) için tavsiyelere göre cinsel bozuklukların kavramsallaştırılmasında devam eden değişiklikleri yansıtması sebebiyle değişmektedir. Bu tanımlar, algılanan normal referanstan, cinsel deneyimin öznel yapısından, cinsellik ve onun kavramsallaştırılmasına ilişkin farklı bakış açılarından ve cinsel tepkiyi tanımlayan farklı modellerden türetilen farklı paradigmalara dayanmaktadır ve bunlara göre revize edilmektedir (Giraldi & Kristensen, 2010).

KCD bozuklukları son olarak DSM-IV ile Mayıs 2013'te KCD'nun farklı bileşenleri için yayımlanan tanılama kılavuzunda sadeleştirilerek üç ana başlık altında toplanmıştır. Yapılan değişiklik ile dispareni ve vajinismus kavramları birleştirilerek genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca kadın hipoaktif cinsel istek ve uyarılma disfonksiyonu, kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu olarak tek bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Kadın orgazm bozukluğu kategorisinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır (Dawson et al., 2017; Özcan & Kızılkaya Beji, 2018)

Literatür taraması yapıldığında çok sayıda epidemiyolojik çalışmada, kadınların cinsel işlevinin ve işlev bozukluğunun çeşitli faktörlerden etkilendiği bilgisine ulaşılmaktadır. Kadın cinselliği çok yönlüdür ve biyolojik veya sağlıkla ilgili risk faktörleriyle bağlantılı olarak ele alınmaktadır. Sonrasında ise psikolojik ve sosyokültürel faktörlere ilişkin bulgular tartışılmaktadır (Giraldi & Kristensen, 2010; McCabe et al., 2016).

1. Biyolojik Faktörler: Tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar (depresyon, nörolojik hastalıklar ve ürogenital hastalıklar), hormonal değişiklikler, menopoz, farmakolojik tedavi (antidepresanlar), madde kullanımı ve tıbbi tedaviler (örneğin, pelvik radyasyon ve cerrahi prosedürler)
2. Psikolojik Faktörler: Cinsel deneyimler (istismar dahil), beden imajı, cinsel eğitim, baş etme stratejileri, cinsel gelişim ve kişilik
3. Bağlamsal Faktörler: Etnik ve dini normlar, ekonomik ve aile içi faktörler, doğum kontrol yöntemi, partnerle ilişki, partnerlerin sağlığı

2.5.1. Kadın Cinsel Tepki Döngüsü

İlk olarak 1966'da, Masters ve Johnson kadın cinsel tepkisini doğrusal model olarak bilinen dört ardışık aşamalı model ile tanımlamıştır. Bu modele göre cinsel tepki, heyecan

evresi (cinsel uyarılma) ile başlamaktadır, plato evresi, orgazm ve nihayet çözülme evresine geçmektedir (Damjanovic et al., 2013). Cinsel uyarılma sırasında hem klitoris hem de labia minöre kan dolmaktadır ve vajinal ve klitoral uzunluk ve çap artmaktadır. Masters ve Johnson, cinsel heyecan sırasında labia minörün çapının iki ila üç kat arttığını ve sonuç olarak dışa doğru dönerek iç yüzeylerini açığa çıkardığını gözlemlemişlerdir (Berman, 2005).

Bir süre sonra, 1979 yılında Kaplan, modele cinsel istek kavramını eklemiştir ve arzu, uyarılma ve orgazmdan oluşan üç aşamalı modeli önermiştir (Damjanovic et al., 2013). Bu üç aşamalı model, kadın cinsel işlev bozukluğunun DSM IV tanımlarının yanı sıra Ekim 1998'de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı (AFUD) Uzlaşma Paneli tarafından yapılan son yeniden sınıflandırma sisteminin temeli olmaktadır (Berman, 2005).

Masters ve Johnson'ın ve Kaplan'ın geleneksel doğrusal modelleri, cinsel tepkinin değişmez olduğunu, hem erkekler hem de kadınlar için aynı olduğunu ve arzunun her zaman uyarılmadan önce geldiğini öne sürmektedir (Kingsberg & Althof, 2009).

Tüm kadınların doğrusal modele uymadığını fark edilmesi üzerine, 1977'de Whipple ve Brash-McGreer [9] kadın cinsel tepkisinin döngüsel bir modelini önermişlerdir. Bu kavram, Reed'in dört aşamadan oluşan modeline dayanmaktadır: baştan çıkarma (kapsayan arzu), duyumlar (heyecan ve plato), teslimiyet (orgazm) ve yansıma (Damjanovic et al., 2013).

Sonraki zamanlarda, Basson duygusal yakınlığı, cinsel uyarıcıları ve ilişki doyumunu bütünleştiren ve erkek ve kadın cinsel tepkileri arasında önemli farklılıkları ortaya çıkaran doğrusal olmayan modeli geliştirmiştir. Bu model, kadın cinsel işlevinin, erkek cinsel işlevinden daha karmaşık ve daha az doğrusal olduğunu ve birçok kadının başlangıçta cinsel bir karşılaşmaya cinsel tarafsızlık noktasından başladığını kabul etmektedir (Kingsberg & Althof, 2009; Sidi et al., 2008). Birçok kadın, yeni bir cinsel ilişkiye veya bir partnerden uzun süre ayrı kaldıktan sonra kendiliğinden arzu ve ilgi duysa da, uzun süreli ilişkilerde sıklıkla cinselliği düşünmezler veya kendiliğinden açlık ve cinsel aktivite ihtiyacı duymamaktadırlar. Basson, artan duygusal yakınlık ve samimiyet arzusunun veya bir partnere açılma arzusunun, bir kadını cinsel aktiviteye katılmaya yatkın hale getirebileceğini öne sürmektedir. Basson'un modeli, kadınlar için cinsel aktivitenin amacının mutlaka orgazm olmadığını, daha çok kişisel tatmin olduğunu

vurgulamaktadır; bu, fiziksel tatmin (orgazm) ve/veya duygusal tatmin (bir partnerle yakınlık ve bağlantı hissi) olarak ortaya çıkabilmektedir (Damjanovic et al., 2013).

Fizyolojik cinsel tepkide bireysel ve bireyler arası önemli farklılıkların var olduğu ve tek bir modelin evrensel olmadığı unutulmamalıdır; ancak kadınlar arasında cinsel sıkıntının ve işlev bozukluğunun Basson modelinin onaylanmasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Giraldi et al., 2015; Graziottin et al., 2023).

2.6. Estetik Cerrahide Hemşirenin Rolü

Plastik cerrahi, hastanın vücut algısını cerrahi sürece entegre eden estetik ve rekonstrüktif bileşenden oluşur (Rankin & Borah, 2009). Hastanın cerrahi sonucu ve vücut imaj değişikliğine uyumu büyük ölçüde hemşirelik bakımına ve hemşirelerin vermekte olduğu bilişsel, psikolojik ve bütüncül desteğe bağlıdır (Çiçek, 2021; Spencer, 1994). Hemşireler; ameliyat için risk faktörlerini kontrol edip tanımlamaları, hastaların ihtiyaçlarını değerlendirmeleri, hastaların beklentilerini yönetmeleri, girişim öncesi ve sonrasında ortaya çıkabilecek psikososyal problemler açısından hastaya ve yakınlarına bilgi vermeli ve hasta hassasiyetlerini anlamaları gerekmesi nedeniyle cerrahi sürecin önemli bir parçası olmaktadır (Körpe, 2017; Ruiz Hernández et al., 2021).

Hemşireler tarafından verilen standart bakımın bir bileşeni olan hasta eğitimi, profesyonel hemşirenin mesleki rolünün önemli bir yönüdür (Bastable & Rosario-Gonzalez, 2021). Hasta eğitiminin amacı, hastaya cerrahi öncesi, sırası ve sonrası ihtiyaç duyacağı bilgi ve gereksinimi, bakım ve tedavisinde kendi kararlarını alabilmesini, cerrahiye ve tedaviye uyum sağlamasını, sağlığı geliştirip, devam ettirecek davranış değişikliklerini kazandırmaktır (Bastable & Rosario-Gonzalez, 2021; Yıldırım et al., 2017).

Literatür taraması yapıldığında, ameliyat öncesi dönemde gerekli eğitim verilip, cerrahiye hazırlanan hastaların cerrahi sırasında anesteziye daha az ihtiyaç duyduklarını ve cerrahi sonrasında hastanede kalış ve iyileşme süresinin kısalmasıyla, daha çabuk taburcu olduklarını gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (Çetinkaya & Karabulut, 2010; Gräwe et al., 2010; Jlala et al., 2010; Sayın & Aksoy, 2012; Walker, 2007).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Tipi

Bu çalışma, cerrahi servislerinde abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olmak isteyen kadın hastaların sosyodemografik ve ameliyata ilişkin özelliklerinin ameliyat öncesindeki ve taburcu olduktan 1 ay sonrasındaki benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları üzerindeki etkisini ve benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Çalışmanın ilk aşamasında cerrahi servisinde ameliyatı planlanan araştırma kapsamına alınması düşünülen hastalara tanıtıcı bilgi formu, benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı ölçekleri ve kadın cinsel fonksiyon indeksi uygulanmıştır. İkinci aşamasında aynı hastalara hastaneden taburcu olduktan bir ay sonra yeniden benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı ölçekleri ve kadın cinsel fonksiyon indeksi uygulanmıştır. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları üzerindeki etkisi ve benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul'da bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinin Cerrahi Servislerinde Hastane Başhekiminden gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır.

Araştırma Eylül 2020 – Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinin Cerrahi Servisleri oluşturmuştur.

Örneklem grubunu ise 18 yaş üstü, mamoplasti ve/veya abdominoplasti ameliyatı planlanan, işitsel, görsel ve sözlü konuşma engeli olmayan, mental engeli olmayan, devam eden kemoterapi veya radyoterapisi olmayan, evli veya cinsel partneri bulunan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve gönüllü olur formunu imzalayan 70 kadın hasta oluşturmuştur. Abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı ile beraber başka bir ameliyat planlanan, cinsel bozukluk tanısı almış olan, meme kanseri harici kanser

öyküsü bulunan, hormon tedavisi alan, psikiyatrik hastalık tanısı almış olan, yeme bozukluğu tanısı almış olan hastalar çalışmamızdan dışlanmıştır.

3.4. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler

Veri toplama aracı olarak;

1. Mamoplasti ve Abdominoplasti Operasyonu Planlanan Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-2)

3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Ek-3)

4. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Ek-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Mamoplasti ve Abdominoplasti Operasyonu Planlanan Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Literatür (Göksu, 2019; Kurutçu, 2020) bilgileri doğrultusunda oluşturulan tanıtıcı bilgi formu “Sosyodemografik Özellikler” ve “Sağlık ve Ameliyata İlişkin Tanıtıcı Özellikler” olarak iki bölümden oluşmaktadır.

Sosyodemografik özellikler olarak adlandırılan birinci bölümde, hastanın sosyodemografik bilgilerini içeren (yaş, boy, kilo, meslek, çalışma durumu, aylık gelir miktarı, gelir-gider durumu, medeni durum, partneri ile ilişkisini algılama durumu, çocuk sahibi olma durumu, hayatın geçirildiği yer, eğitim durumu, partnerin eğitim durumu ve yaşı) 13 soru yer almaktadır. Sağlık ve ameliyata ilişkin tanıtıcı özellikler olarak adlandırılan ikinci bölümde ise, hastanın sağlık durumu, ameliyat geçmişi ve olacağı abdominoplasti ya da mamoplasti ameliyatına yönelik (kronik hastalığa sahip olma durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, hastanın kendi bedenini algılama durumu, başkaları tarafından bedeninin algılanma durumu ve bunun hasta tarafından önemi, daha önce ameliyat olma durumu, olunacak ameliyatın türü, ameliyat olmaya karar vermede etkenler) 8 soru yer almaktadır. Doktor ile görüşüp ameliyat olma kararı alan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar, dahil edilme kriterleri kontrol edildikten sonra formu bizzat kendileri doldurmuşlardır.

3.4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-2)

Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilmiş olan ölçek, 1986 yılında Füsün Çuhadaroğlu tarafından 205 kişilik bir lise örneklem grubunda Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışmaları yapılmış olup Türkçe 'ye uyarlanmıştır (Yılmaz Gören, 2009).

Ölçek 63 madde ve 12 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk 10 soru benlik saygısı alt kategorisini, 11-15. Sorular kendilik kavramının sürekliliği alt kategorisini, 16-20. sorular insanlara güven duyma alt kategorisini, 21-23. sorular eleştiriye duyarlık alt kategorisini, 24-29. sorular depresif duygulanım alt kategorisini, 30-33. sorular hayalperestlik alt kategorisini, 34-43. sorular psikosomatik belirtiler alt kategorisini, 44-46. sorular kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme alt kategorisini, 47-48. sorular tartışmalara katılabilme derecesi alt kategorisini, 49-55. sorular anne-baba ilgisi alt kategorisini, 56-61. sorular babayla ilişki alt kategorisini, 62-63 sorular ise psişik izolasyon alt kategorisini oluşturmaktadır. Rosenberg araştırmacıların istekleri doğrultusunda araştırmalarında alt ölçeklerin ayrı ayrı kullanılabileceğini belirtmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda, ölçeğin benlik saygısını sorgulayan ilk "10" maddesi kullanılmıştır.

Benlik Saygısı alt ölçeği toplam 6 madde ve 10 sorudan oluşmaktadır. 1. madde 3 sorudan, 2. madde 2 sorudan, 3. 4. ve 5. maddeler 1'er sorudan ve 6. madde ise 2 sorudan oluşmaktadır. Maddelerin puanlama yöntemi Guttman ölçekleme tekniğine uygun bir şekilde yapılmaktadır. "Çok Doğru", "Doğru", "Yanlış" ve "Çok Yanlış" seçeneklerinin yer aldığı 4 dereceli likert türü bir ölçektir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe bireyin benlik saygısı yükselmekte, puanlar düştükçe benlik saygısı düşmektedir. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir (Baybek & Yavuz, 2005; Karaca, 2019; Yılmaz Gören, 2009).

Rosenberg (1965) tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin alt boyutları için Cronbach alpha iç tutarlık katsayısının .77 - .88 arasında değiştiği saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .82 - .88 arasında saptanmıştır. Çuhadaroğlu (1986) ölçeğin Türkçe formu için yaptığı güvenilirlik çalışmasında ise test-tekrar test güvenilirlik katsayısının .48 - .79 arasında değiştiğini saptamıştır (Yılmaz Gören, 2009).

Bu çalışmada ölçeğin benlik saygısı alt boyutuna ait ortalamasının ameliyat öncesi ölçümler için $1 \pm 0,62$; iç tutarlılık katsayısının ise 0.94 olduğu saptanmıştır.

Taburculuk sonrası ölçümler için ise ölçeğin ortalamasının $0,48 \pm 0,39$; iç tutarlılık katsayısının ise 0.87 olduğu saptanmıştır.

3.4.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) (Ek-3)

Hart ve arkadaşları tarafından 2008 yılında bireylerin görünüşleri ile ilgili yaşadıkları duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçek, 2010 yılında Tayfun Doğan tarafından geçerlik güvenirlik çalışmaları 340 kişilik bir üniversite örneklem grubu ile yapılarak Türkçe 'ye uyarlanmıştır (Doğan, 2010). Tek bir boyutu ve 16 maddesi bulunur. “1-Hiç uygun değil”, “2-Uygun değil”, “3-Biraz uygun”, “4-Uygun” ve “5-Tamamen uygun” seçeneklerinin yer aldığı 5’li likert tipe sahiptir. Ölçeğin sadece 1. maddesi tersten kodlanmıştır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe bireyin sosyal görünüş kaygısı yükselmekte, puanlar düştükçe sosyal görünüş kaygısı düşmektedir. Ölçekten toplamda alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan ise 80’dir (Çiçek, 2021; Şimşek & Koçak, 2019).

Doğan tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin geçerlilik katsayısı $\alpha=60$, iç tutarlılık katsayısı 0.93, test yarılama yöntem ile bulunan güvenirlik katsayısı 0.88 ve test-tekrar test güvenirlik yöntemi ile bulunan güvenirlik katsayısı ise 0.85 olarak saptanmıştır (Doğan, 2010).

Bu çalışmada ise ölçeğin ameliyat öncesi ortalamasının $39,9 \pm 15,11$; iç tutarlılık katsayısının ise 0.96 olduğu ve taburculuk sonrası ortalamasının $28,19 \pm 8,86$; iç tutarlılık katsayısının ise 0.93 olduğu saptanmıştır.

3.4.4. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) (Ek-4)

Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olan ölçek, 2005 yılında Aygin ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılarak Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Ölçek 6 alt kategori ve 19 sorudan oluşmaktadır. İlk 2 soru “cinsel istek” alt kategorisini, 3-6. sorular “cinsel uyarılma” alt kategorisini, 7-10. sorular “lubrikasyon” alt kategorisini, 11-13. sorular “orgazm” alt kategorisini, 14-16. sorular “memnuniyet” alt kategorisini ve 17-19. sorular ise “ağrı” alt kategorisini oluşturmaktadır. Toplam 19 soru, bireylerin son 4 haftadaki cinsel sorunlarını veya işlevlerini değerlendirmektedir (Aygin & Eti Aslan, 2005).

1, 2, 15 ve 16. Sorular 1’den 5’e kadar puanlanırken, kalan maddeler 0’dan 5’e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 95, en düşük puan ise 4’tür. Ölçek için kesme puanı 26,55 olup, ölçek puanı $\leq 26,55$ olanlarda cinsel işlevde olumsuz yönde değişim olduğu kabul edilir (Abay, 2018)

Aygin ve Eti Aslan tarafından yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği katsayısı 0.98 ve test-tekrar test güvenilirlik yöntemi ile bulunan güvenilirlik katsayısı ise 0,75 olarak saptanmıştır (Aygin & Eti Aslan, 2005).

Bu çalışmada ise ölçeğin ameliyat öncesi ortalamasının $20,2 \pm 11,69$; iç tutarlılık katsayısının ise 0.98 olduğu ve taburculuk sonrası ortalamasının $25,08 \pm 11,31$; iç tutarlılık katsayısının ise 0.99 olduğu saptanmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Verilerin toplanması için Prof. Dr. Dilek Aygin’den “FSFI”, Prof. Dr. Füsün Çuhadaroglu’ndan ve Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği’nden “RBSÖ” ve Doç. Dr. Tayfun Doğan’dan “SGKÖ” için kullanım izni, Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 08.10.2020 tarih ve 37068608-6100-15-1972 sayılı Etik Kurul Onayı ve araştırmaya katılmayı kabul eden abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olmaya karar vermiş bireylerden ameliyat öncesi araştırmanın amacı ve araştırmadan beklenen katkılar açıklanarak yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 26 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak, bilgisayara aktarılmış ve değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin üç ve üzeri grubun karşılaştırmasında Kruskal-Wallis testi; iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. İki dönem karşılaştırmalarında ise Wilcoxon testi, nicel veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ise Spearman’s korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, sadece İstanbul ilinde bir vakıf üniversitesi hastanesi tabanlı gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle veriler çalışma kapsamına alınan bireyler için genellenebilir, tüm abdominoplasti ve/veya mamoplasti estetiği ameliyatı olmaya karar vermiş bireylere genellenemez. Ayrıca mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu planlanan hastaların diğer hastalara göre kanser öyküsü nedeniyle psikolojik açıdan zorlanmaları araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Dünyayı etkilemeye devam eden Covid-19 pandemisi nedeniyle araştırmanın yapıldığı hastanede elektif cerrahi operasyonlarının bir süreliğine durdurulması ve ardından minimum sayıda yapılmasıdır.

4. BULGULAR

Hastaların sosyodemografik ve ameliyata ilişkin özelliklerinin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ölçeklere verdikleri yanıtlara göre incelenmesi amacıyla planlanan çalışmanın bulguları dört bölümde incelendi.

Bölüm 1: Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Bölüm 2: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırması

Bölüm 3: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Ölçekler Arasındaki Korelasyon

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların, %12,9'u (n=9) 18-24 yaş arasında iken, %58,6'sı (n=41) 25-40 yaş ve %28,6'sı (n=20) ise 41 yaş üzeridir. Hastaların, %21,4'ü (n=15) lise mezunu iken, %55,7'si (n=39) lisans ve %22,9'u (n=16) ise lisansüstü mezunudur. Hastaların, %77,1'i (n=54) çalışıyor iken, %22,9'u (n=16) çalışmamaktadır. Hastaların, %14,3'ü (n=10) şehirde yaşıyor iken, %85,7'si (n=60) büyükşehirde yaşamaktadır. Hastaların, %47,1'i (n=33) evli iken, %52,9'u (n=37) ise bekardır. Hastaların, %42,9'u (n=30) çocuğu var iken, %57,1'i (n=40) yoktur. Hastaların, 75,7'si (n=53) partneri ile ilişkisi olumlu iken, %24,3'ü (n=17) olumsuzdur (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		N	%
Yaş	18-24 Yaş	9	12,9
	25-40 Yaş	41	58,6
	41 ve üzeri	20	28,6
Eğitim Durumu	Lise	15	21,4
	Lisans	39	55,7
	Lisansüstü	16	22,9
Çalışma Durumu	Evet	54	77,1
	Hayır	16	22,9
Yaşam Yeri	Şehir-Kent	10	14,3
	Büyükşehir-Metropol	60	85,7
Medeni Durumu	Evli	33	47,1
	Bekar	37	52,9
Çocuk Olma Durumu	Evet	30	42,9
	Hayır	40	57,1
Partnerle Olan İlişki Durumu	Olumlu	53	75,7
	Olumsuz	17	24,3

Hastaların, %54,3'ü (n=38) bedenini olumlu algılıyor iken, %45,7'si (n=32) olumsuz algılıyordur. Hastaların, %61,4'ü (n=43) başkaları bedenini olumlu algılıyor iken, %38,6'sı (n=27) olumsuz algılıyordur. Hastaların, %70'i (n=49) başkalarının bedenini algılaması önemli iken, %30'u (n=21) önemli değil cevabını vermiştir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Hastaların Beden Algılama Durumu

		N	%
Beden Algılama Durumu	Olumlu	38	54,3
	Olumsuz	32	45,7
Başkalarının Beden Algılama Durumu	Olumlu	43	61,4
	Olumsuz	27	38,6
Başkalarının Bedenini Algılamasının Önem Durumu	Önemli	49	70,0
	Önemli Değil	21	30,0

Hastaların, %42,9'u (n=30) ameliyat olmuş iken, %57,1'i (n=40) olmamıştır. Hastaların, %15,7'si (n=11) estetik amaçlı ameliyat olmuş iken, %27,2'si (n=19) hastalık/sağlık durumu ve %57,1'i (n=40) ise olmamıştır (Tablo 4.1.3).

Hastaların, %31,4'ü (n=22) abdominoplasti, %30'ı (n=21) meme büyütme, %15,7'si (n=11) meme küçültme, %8,6'sı (n=6) meme dikleştirme ve %14,3'ü (n=10) mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu ameliyatı olmayı planlamışlardır (Tablo 4.1.3).

Hastaların, %88,6'sı (n=62) kendim, %27,1'i (n=19) doktorum, %25,7'si (n=18) eşim/partnerim, %7,1'i (n=5) çocuklarım ve %14,3'ü (n=10) arkadaşlarım karar verdi (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3. Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı

		N	%
Ameliyat Olma Durumu	Oldu	30	42,9
	Olmadı	40	57,1
Ameliyat Tipi ve Amacı	Estetik	11	15,7
	Hastalık/Sağlık Durumu	19	27,2
	Olmadı	40	57,1
Planlanan Ameliyat Türü	Abdominoplasti	22	31,4
	Meme Büyütme	21	30,0
	Meme Küçültme	11	15,7
	Meme Dikleştirme	6	8,6
	Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu	10	14,3
Ameliyat Kararı Veren Kişi	Kendim	62	88,6
	Doktorum	19	27,1
	Eşim/Partnerim	18	25,7
	Çocuklarım	5	7,1
	Arkadaşlarım	10	14,3

4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hastaların demografik özelliklerine göre ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.2.1’de gösterilmiştir. Ameliyat öncesi yanıtlar incelendiğinde, yaş gruplarına göre sosyal görünüş kaygısı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,019$; $p<0,05$). 25-40 yaş grubunun sosyal görünüş kaygısı değerinin, 41 ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Yaş gruplarına göre kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). 18-24 ve 25-40 yaş grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, 41 ve üzeri olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Eğitim durumuna göre kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,005$; $p<0,05$). Lise grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, lisans ve lisansüstü olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Yaşam yeri şehir-kent olan grubun benlik saygısı değerinin, büyükşehir-metropol olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Evli grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, bekar olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Partnerle olan ilişkisi olumlu olan grubun sosyal görünüş kaygısı değerinin, olumsuz olanlara göre düşük olması ve partnerle olan ilişkisi olumlu olan grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, olumsuz olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1). Çocuğu olan grubun sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı değerinin, olmayanlara göre yüksek olması ve çocuğu olan grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Taburculuk sonrası yanıtlara bakıldığında, yaş gruplarına göre kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,005$; $p<0,05$). 25-

40 yaş grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri, 41 ve üzeri olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Eğitim durumuna göre kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,002$; $p<0,05$). Lise grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri, lisans olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Evli grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri, bekar olanlara göre düşük olması ve çocuğu olan grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri, olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Partnerle ilişkisi olumlu grubunun sosyal görünüş kaygısı değeri, olumsuz olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Partnerle ilişkisi olumlu grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri, olumsuz olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi ve Taburculuk Sonrası Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		n	RBSÖ Ort±SS Önce	RBSÖ Ort±SS Sonra	SGKÖ Ort±SS Önce	SGKÖ Ort±SS Sonra	FSFI Ort±SS Önce	FSFI Ort±SS Sonra
Yaş	18-24 Yaş	9	10,88±2,84	5,33±4,92	43,66±11,95	31,55±11,83	24,01±9,63	26,60±12,92
	25-40 Yaş	41	8,75±6,57	4,60±3,74	35,73±13,24	26,62±8,12	23,83±10,33	28,29±8,99
	41 ve üzeri	20	12,20±6,16	4,85±4,06	46,75±17,47	29,80±8,61	11,05±10,42	17,78±12,10
İstatiksel test			KW: 4,027 p: 0.134	KW: 0,171 p: 0.918	KW: 7,889 p: 0.019	KW: 2,710 p: 0.258	KW: 16,953 p: 0.001	KW: 10,502 p: 0.005
Eğitim Durumu	Lise	15	12,53±6,81	5,33±4,40	45,20±13,91	32,00±8,09	12,06±11,04	17,16±12,25
	Lisans	39	9,89±5,61	4,84±4,01	38,07±14,07	27,43±8,44	23,46±10,81	28,53±9,39
	Lisansüstü	16	7,93±6,69	4,06±3,43	39,37±18,17	26,43±10,00	19,88±11,12	24,05±11,39
İstatiksel test			KW: 3,532 p: 0.171	KW: 0,593 p: 0.743	KW: 3,262 p: 0.196	KW: 4,443 p: 0.108	KW: 10,805 p: 0.005	KW: 12,153 p: 0.002
Çalışma Durumu	Evet	54	9,59±6,75	4,70±3,85	39,81±15,75	27,59±8,45	20,67±11,50	26,63±9,87
	Hayır	16	11,43±3,89	5,00±4,36	40,18±13,14	30,18±10,15	18,61±12,52	19,80±14,34
İstatiksel test			Z: 1,684 p: 0.194	Z: 0,024 p: 0.877	Z: 0,060 p: 0.806	Z: 0,791 p: 0.374	Z: 0,346 p: 0.557	Z: 1,806 p: 0.179

Yaşam Yeri	Şehir-Kent	10	15,80±8,36	6,40±3,09	47,20±19,93	28,70±7,77	20,45±12,37	24,43±13,42
	Büyükşehir-Metropol	60	9,05±5,31	4,50±4,02	38,68±13,99	28,10±9,08	20,16±11,67	25,18±11,04
İstatiksel test			Z: 5,636 p: 0.018	Z: 2,866 p: 0.090	Z: 1,345 p: 0.246	Z: 0,280 p: 0.597	Z: 0,009 p: 0.926	Z: 0,169 p: 0.681
Medeni Durumu	Evli	33	10,87±4,56	4,48±3,58	43,24±14,53	29,21±7,39	15,46±11,30	22,04±11,76
	Bekar	37	9,24±7,40	5,02±4,27	36,91±15,17	27,27±10,01	24,42±10,45	27,77±10,30
İstatiksel test			Z: 2,869 p: 0.090	Z: 0,078 p: 0.780	Z: 3,757 p: 0.053	Z: 1,530 p: 0.216	Z: 13,106 p: 0.001	Z: 6,173 p: 0.013
Çocuk Olma Durumu	Evet	30	11,56±5,50	4,53±3,59	44,83±15,54	29,83±7,57	14,31±11,15	20,92±11,78
	Hayır	40	8,85±6,56	4,95±4,22	36,20±13,83	26,95±9,62	24,62±10,12	28,18±9,99
İstatiksel test			Z: 3,859 p: 0.049	Z: 0,052 p: 0.820	Z: 6,499 p: 0.011	Z: 2,498 p: 0.114	Z: 16,351 p: 0.001	Z: 10,284 p: 0.001
Partnerle Olan İlişki Durumu	Olumlu	53	9,66±5,88	4,62±3,99	37,79±14,06	26,81±9,04	24,42±9,65	28,68±9,22
	Olumsuz	17	11,11±7,32	5,23±3,88	46,47±16,75	32,47±6,88	7,05±6,61	13,81±9,84
İstatiksel test			Z: 0,325 p: 0.569	Z: 0,546 p: 0.460	Z: 3,901 p: 0.048	Z: 5,597 p: 0.018	Z: 22,944 p: 0.001	Z: 20,647 p: 0.001

Z: Man whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi

Hastaların demografik özelliklerine göre ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.2.2’de gösterilmiştir. Ameliyat öncesi yanıtlar incelendiğinde, daha önce ameliyat olan grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2). Planlanan ameliyat türüne göre kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2). Abdominoplasti grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, meme küçültme olanlara göre düşük olması ve mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2). Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, meme büyütme, meme küçültme ve meme dikleştirme grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2).

Taburculuk sonrası yanıtlara bakıldığında ise, ameliyat olan grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2). Ameliyat tipine ve amacına göre kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,043$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2). Hastalık/sağlık durumu grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, ameliyat olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2). Planlanan ameliyat türüne göre benlik saygısı değeri ve kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. ($p=0,001$; $p<0,05$). Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, abdominoplasti, meme büyütme ve meme küçültme grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2)

Tablo 4.2.2. Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Taburculuk Sonrası Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ameliyat Olma Durumu		n	RBSÖ Ort±SS Önce	RBSÖ Ort±SS Sonra	SGKÖ Ort±SS Önce	SGKÖ Ort±SS Sonra	FSFI Ort±SS Önce	FSFI Ort±SS Sonra
Ameliyat Olma Durumu	Oldu	30	10,93±5,74	4,76±3,90	41,46±16,32	27,96±6,76	16,12±12,24	21,69±12,01
	Olmadı	40	9,32±6,57	4,77±4,02	38,72±14,22	28,35±10,23	23,26±10,38	27,61±10,17
İstatiksel test			Z: 1,320 p: 0.251	Z: 0,001 p: 0.971	Z: 0,220 p: 0.639	Z: 0,005 p: 0.943	Z: 5,669 p: 0.017	Z: 4,520 p: 0.033
Ameliyat Tipi ve Amacı	Estetik	11	12,78±7,37	4,36±3,13	49,00±21,34	25,81±5,84	16,46±12,17	22,89±12,95
	Hastalık/Sağlık Durumu	19	10,21±4,62	5,00±4,34	37,10±11,02	29,21±7,09	15,92±12,60	20,99±11,74
	Olmadı	40	9,32±6,57	4,77±4,02	38,72±14,22	28,35±10,23	23,26±10,38	27,61±10,17
İstatiksel test			KW: 1,881 p: 0.390	KW: 0,014 p: 0.993	KW: 1,949 p: 0.377	KW: 0,881 p: 0.644	KW: 5,743 p: 0.057	KW: 6,277 p: 0.043
Planlanan Ameliyat Türü	Abdominoplasti	22	8,50±4,82	5,54±3,80	38,09±10,64	31,04±8,96	20,95±9,86	25,90±8,85
	Meme Büyütme	21	9,66±6,64	6,23±4,51	36,85±13,92	27,61±9,31	22,57±10,56	28,35±9,60
	Meme Küçültme	11	10,18±7,76	1,45±2,33	41,45±17,14	22,45±7,89	27,20±9,18	31,15±8,83

	Meme Dikleştirme	6	12,66±8,77	5,33±3,07	41,50±19,69	29,83±8,81	24,00±12,59	23,78±15,01
	Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu	10	12,30±4,44	3,30±2,54	47,60±20,29	28,40±6,85	3,62±0,77	10,46±8,39
İstatiksel test			KW: 3,787 p: 0.436	KW: 12,811 p: 0.012	KW: 2,154 p: 0.707	KW: 8,129 p: 0.087	KW: 25,931 p: 0.001	KW: 22,538 p: 0.001
Ameliyat Kararı Veren Kişi	Kendim	62	9,67±5,99	4,83±4,03	38,03±13,45	27,95±9,05	21,47±11,12	26,18±10,77
	Doktorum	19	11,52±4,61	2,94±3,04	42,36±18,19	25,94±7,85	12,72±11,95	16,54±12,76
	Eşim/Partnerim	18	12,94±7,00	5,44±4,04	45,05±16,74	30,00±9,27	22,01±11,60	24,85±13,23
	Çocuklarım	5	13,80±2,28	4,60±3,28	50,20±19,27	28,40±7,46	4,02±1,18	5,20±0,8
	Arkadaşlarım	10	8,30±7,81	3,00±3,16	37,90±20,19	27,20±13,46	21,65±12,18	29,21±7,49
İstatiksel test		-	-	-	-	-	-	-

Z: Man whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi

4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Ölçekler Arasındaki Korelasyon

Hastaların SGKÖ, RBSÖ ve FSFI puan ortalaması arasındaki korelasyon Tablo 4.3.1.'de gösterilmiştir. Sosyal görünüş kaygısı ilk ölçüm ile sosyal görünüş kaygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,607$, $p<0,01$). Sosyal görünüş kaygısı ilk ölçüm ile benlik saygısı ilk ölçüm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,689$, $p<0,01$). Sosyal görünüş kaygısı ilk ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,368$, $p<0,01$). Sosyal görünüş kaygısı ilk ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi ilk ölçüm ve kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.1).

Sosyal görünüş kaygısı ilk ölçüm ile sosyal görünüş kaygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,607$, $p<0,01$). Sosyal görünüş kaygısı ilk ölçüm ile benlik saygısı ilk ölçüm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,689$, $p<0,01$). Sosyal görünüş kaygısı ilk ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,368$, $p<0,01$). Sosyal görünüş kaygısı ilk ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.1).

Sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile benlik saygısı ilk ölçüm arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,352$, $p<0,01$). Sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,630$, $p<0,01$). Sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,269$, $p<0,05$) (Tablo 4.3.1).

Benlik saygısı ilk ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,483$, $p<0,01$). Benlik saygısı ilk ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi ilk ölçüm ve kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.1).

Benlik saygısı son ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi ilk ölçüm ve kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1. Ölçekler Arasındaki Korelasyon

r/p	SGKÖ Önce	SGKÖ Sonra	RBSÖ Önce	RBSÖ Sonra	FSFI Önce	FSFI Sonra
SGKÖ Önce	—					
SGKÖ Sonra	0.46 / 0.001	—				
RBSÖ Önce	0.70 / 0.001	0.27 / 0.021	—			
RBSÖ Sonra	0.24 / 0.040	0.59 / 0.001	0.41 / 0.001	—		
FSFI Önce	-0.11* / 0.342	-0.07* / 0.548	-0.10* / 0.371	0.09 / 0.443	—	
FSFI Sonra	-0.13* / 0.270	-0.22* / 0.056	-0.11* / 0.342	-0.13* / 0.257	0.72 / 0.001	—

Spearman's * $p<0,05$

5. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, aynı zamanda bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde bulunmasıdır (Somunoğlu, 1999; Sütçü, 2022). Bu tanımın da desteklediği gibi insanlar, tam bir iyilik halinde bulunmak ve sağlıklı olmak adına, yalnızca fiziksel ve psikolojik açıdan değil, dış görünüşleriyle de kendilerini iyi hissetmek istemektedirler ve günümüzde de birçok kişi fiziksel açıdan nasıl görüldüğü ile ilgilenmektedir (Bruck, 2006; Demirel, 2021). İnsanların bu istekleri ve güzellik ve zarafet arzusu, kendilerindeki doğuştan var olan veya sonradan bir faktör sonucu ya da kendiliğinden oluşan görünüm kusurlarını düzeltmek umuduyla estetik cerrahiye sevk etmektedir (Esmalian Khamseh & Nodargahfard, 2020; Karabacak, 2022).

Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahide en çok yapılan ameliyatlar arasında abdominoplasti ve mamoplasti ameliyatları gelmektedir (Berberoğlu, 2012a; ISAPS, 2020). Bireysel yaklaşıma odaklanarak beden beğenisi ile memnuniyeti üzerine yoğunlaşan her estetik cerrahi girişim gibi abdominoplasti ve mamoplasti ameliyatları da yüksek derecede memnuniyet ile oldukça etkili işlemlerdir (Berberoğlu, 2012a; Karabacak, 2022). Bu ameliyatların asıl amacı, meme ve karnın ağırlık ve hacminin azaltılması ve estetik görünümün iyileştirilmesidir (Berberoğlu, 2012a; Demirel, 2021).

Farklı sosyokültürel özelliklere sahip kadınların bile estetik cerrahi öncesi ve sonrası değerlendirmeleri oldukça farklılık gösterebilmektedir (E. Sarı, 2016). Dolayısıyla estetik cerrahi, kadın yaşamını olumlu bir şekilde etkilediği gibi, olumsuz pek çok değişiklikler de yaratan bir uygulama olarak bilinmektedir (Göksu, 2019). Her ameliyata özgü sorunlar olabildiği gibi, organizmanın fizyolojik işlevlerini değiştiren ve beden bütünlüğünü bozan cerrahi girişimler, kişinin benlik saygısını tehdit edici olabilmektedir (Yılmaz Gören, 2016). Benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı olgusu ile ilişkilidir (Çepikkurt & Coşkun, 2010). Bireyler estetik cerrahi sonucu, görünüşüne yönelik oluşan olumsuz algı ve değerlendirmelerinin bir neticesi olarak sosyal görünümde kaygı yaşayabilmektedirler (Yorulmaz & Kurutçu, 2019). Ayrıca özgüvene sahip olmanın cinsel fonksiyonu olumlu etkilediği literatürde bulunan bilgiler arasında yer almaktadır (MS Neto et al., 2013).

Abdominoplasti ve mamoplasti operasyonu geçiren hastaların ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı ve cinsel fonksiyonlarının ve

etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmanın sonuçları literatür bilgileri ve araştırmada planlanan sorular doğrultusunda üç bölümde tartışılmıştır:

Bölüm 1: Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması

Bölüm 2: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Bölüm 3: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Ölçekler Arasındaki Korelasyonun Tartışılması

Literatürde benzer bir örnekleme, benzer bir konuda yapılan çalışmaya rastlanamaması nedeniyle karşılaştırma yapma olasılığı azdır. Buna göre bu araştırmanın literatürdeki bu boşluğu dolduracağı ve bundan sonraki çalışmalar için önemli olacağı düşünülmektedir. Çalışmamızın araştırma bulguları; estetik cerrahiye başvuran kadınlara yönelik araştırmalar, abdominoplasti ameliyatı olan hastalara yönelik araştırmalar, mamoplasti ameliyatı olan hastalara yönelik araştırmalar, kadınların benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, cinsel fonksiyon durumu ve bunları etkileyen faktörleri inceleyen araştırmaların sonuçları ile tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması

Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun 25-40 yaş arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Konuyla ilgili yapılan benzer çalışmalarda hastaların yaş dağılımları da çalışma bulgumuzla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Esmalian Khamseh & Nodargahfard, 2020; Göksu, 2019; Oral et al., 2018; Ranieri et al., 2021).

Çalışmamızda hastaların eğitim durumlarına bakıldığında büyük bölümünün lisans ve lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1). Yine benzer çalışmalara bakıldığında Nikolic ve ark. (Nikolić et al., 2013) çalışmasındaki eğitim durumunun çalışmamız ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Demirel'in (Demirel, 2021) çalışmasında ise lise ve altı eğitim durumuna sahip hastaların lisans ve lisansüstüne göre estetik cerrahiye kabul oranı daha yüksek olmasına rağmen her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$). Wu, Alleva ve Mulkens (Wu et al., 2020) ve Seo ve Kim'in (Seo & Kim, 2020) estetik cerrahi farkındalığı hakkında

yaptıkları araştırma sonuçlarına göre eğitim seviyesinin estetik cerrahiyi kabulü etkilemediğini saptamışlardır. Bu iki çalışmaya tezat olarak, literatürde estetik cerrahi için başvuran grubun eğitim seviyesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (Aksoy Derya et al., 2017; Ergen, 2017; Göksu, 2019; E. Sarı, 2016; Tamer, 2018; Yılmaz Gören, 2016). Çalışmamıza katılan hastaların eğitim seviyesinin yüksek olması, hastaların yarısından fazlasının (%88,6) ameliyat kararını kendilerinin almalarına neden olarak gösterilebilir. Göksu'nun (Göksu, 2019) estetik cerrahi olan 140 kadınla yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek bulunan kadınların bedenlerinden duydukları memnuniyetsizliğe çare aramalarının ve bu konuda profesyonellere başvurmalarının daha olası görülebildiği belirtilmiştir. Literatür taraması yapılırken estetik cerrahi yapılacak hastaların ameliyat kararı verirken, etkisi olan bireylerin sorgulandığı tek çalışmaya rastlanabilmektedir. Göksu'nun çalışmasında, hastaların %64,65'i ameliyat kararını kendilerinin aldığını belirtirken, bizim çalışmamızda hastaların %88,6'sının ameliyat kararını kendilerinin aldıkları saptanmıştır. Çalışmamız sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların büyük bir bölümünün çalıştığı saptanmıştır (%77,1 n=54). Bu durum çalışmamıza katılan hastaların eğitim düzeyinin yüksek olması ile ilgili doğal bir sonuçtur. Benzer çalışmalara bakıldığında Mete ve Beydağ'ın (Mete & Beydag, 2021) ve Demirel'in (Demirel, 2021) yaptıkları çalışmada katılımcıların çalışma durumları çalışmamız ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun büyükşehirde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Konuyla ilgili yapılan benzer çalışmalardaki hastaların yaşadığı yer çalışma bulgumuzla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Esmalian Khamseh & Nodargahfard, 2020; Nikolić et al., 2013; Ranieri et al., 2021).

Çalışmamızda hastaların %52,9'u (n=37) bekar ve %57,1'i (n=40) çocuk sahibi değildir (Tablo 4.1.1). Mete ve Beydağ'ın (Mete & Beydag, 2021) yaptığı çalışmada hastaların %70,7'si evli ve %67,1'nin çocuğu vardır. Elmastaş'ın (Elmastaş, 2015) çalışmasında ise hastaların %73,9'u (n=133) evli ve sadece %28,3'ünün çocuğu bulunmamaktadır. Sel ve Beydağ'ın (Sel & Beydağ, 2022) yaptığı çalışmada ise sadece evli kadınlar örnekleme dahil edilmiştir. Çalışmamızın literatür ile farklılık göstermesinin nedeni, hastaneye başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin değişken olabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yabancı literatür taraması yapıldığında

ise Wu, Alleve ve Mulkens'in (Wu et al., 2020) yaptığı araştırmada, bireylerin ilişki durumu ne olursa olsun, estetik cerrahi ameliyatı düşünmeye motive olduğu görülmektedir. Salehahmadi ve Rafie'nin (Salehahmadi & Rafie, 2012) yapmış olduğu araştırmada ise evli kişilerin estetik cerrahi ameliyatı olma eğiliminin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Çalışmamızda hastaların %75,7'si (n=53), partneri ile ilişkisini olumlu olarak belirtmiştir (Tablo 4.1.1). Sel ve Beydağ'ın (Sel & Beydağ, 2022) yaptığı çalışmada hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu sorgulanmış olup hastaların %74,5'i iyi/çok iyi olarak değerlendirmiştir. Çalışmamız sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların, %54,3'ü (n=38) bedenini olumlu algılıyor iken, %45,7'si (n=32) olumsuz algılıyordur. Hastaların, %61,4'ü (n=43) başkaları bedenini olumlu algılıyor iken, %38,6'sı (n=27) olumsuz algılıyordur. Hastaların, %70'i (n=49) başkalarının bedenini algılaması önemli iken, %30'u (n=21) önemli değil cevabını vermiştir (Tablo 4.1.2). Barlas ve arkadaşlarının (Ünsal Barlas et al., 2014) elektif estetik cerrahi olmak üzere hastaneye yatan hastalar ile yaptıkları çalışmada, hastaların beden imajı toplam puanının yüksek olması beden algılarının olumlu olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda da hastaların yarısından fazlası (%54,3) bedenini olumlu algıladığı için iki çalışma arasında benzerlik olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmamızda hastaların, %42,9'u (n=30) daha önce ameliyat olmuş iken, %57,1'i (n=40) olmamıştır. Hastaların, %15,7'si (n=11) estetik amaçlı ameliyat olmuş iken, %27,2'si (n=19) hastalık/sağlık durumu için ameliyat olurken %57,1'i (n=40) daha önce ameliyat olmamıştır (Tablo 4.1.3). Doganova Ekim'in (Doganova Ekim, 2020) hastaların estetik cerrahi yaptırma isteğini incelediği çalışmada katılımcıların %27'si (n=48) hiç estetik ameliyatı olmadım fakat estetik ameliyatı olmayı düşünüyorum, % 32'si (n=57) estetik ameliyatı oldum, ihtiyaç duyarsam yeniden estetik ameliyatı olmayı düşünürüm cevabını vermiştir. Karabacak'ın (Karabacak, 2022) Türkiye ve Batılı ülkelerde yaşayan kadınlar ile yaptığı çalışmada hastaların %52,7'si daha önce estetik ameliyat geçirmiştir. Çalışmamızın literatürden farklı sonuçlanmasının sebebinin hastalarının sosyokültürel farklılıklarından ve literatürdeki çalışmaların örneklem büyüklüğünden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların, %31,4'ü (n=22) abdominoplasti, %30'ı (n=21) meme büyütme, %15,7'si (n=11) meme küçültme, %8,6'sı (n=6) meme dikleştirme ve %14,3'ü (n=10) mastektomi

sonrası meme rekonstrüksiyonu ameliyatı olmayı planlamışlardır (Tablo 4.1.3). Karabacak'ın (Karabacak, 2022) çalışmasında hastaların çoğunluğu (%40, n=60) liposuction/abdominoplasti için başvururken, %13,33'ü (n=20) meme estetiği için başvurmuştur. Çalışma bütün estetik cerrahi girişimleri kapsadığı için kıyaslama yapılamamaktadır. Berberoğlu'nun (Berberoğlu, 2012a) abdominoplasti ve redüksiyon mamoplastisi olacak hastalar ile yaptığı çalışmada ise eşit sayıda hasta dahil edilmesi sebebi ile bir kıyaslama yapılamamıştır.

5.2. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Sosyodemografik ve Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda, hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında yaş gruplarına göre sosyal görünüş kaygısı değerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup 25-40 yaş grubunun sosyal görünüş kaygısı değerinin, 41 ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1). Mete ve Beydağ'ın mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapılan kadınlarda sosyal görünüş kaygısının incelendiği çalışmada 23-42 yaş grubunda olan kadınların sosyal görünüş kaygısının yüksek olduğu saptanmıştır (Mete & Beydag, 2021). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, insanların genel olarak gençlik yıllarında görünüşleriyle daha fazla ilgilendiği, diğer insanların değerlendirmelerini fazla önemsemesi nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, yaş gruplarına göre kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). 18-24 ve 25-40 yaş grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, 41 ve üzeri olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1). Literatür incelendiğinde yaş faktörünün farklı sonuçları ortaya çıkardığı görülmektedir. Laumann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ile birlikte cinsel fonksiyon bozukluklarının azaldığı saptanmıştır (Laumann et al., 1999). Bir diğer çalışmada ise örneklemin büyük bir çoğunluğu premenopozal dönemdeki kadınların oluşturmasına karşın yaş faktörünün cinsel fonksiyon üzerine etkisi saptanamamıştır (Güvel et al., 2003).

Çalışmamıza katılan hastaların, eğitim durumu ile kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,005$; $p<0,05$) (Tablo

4.2.1). Ege ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadının eğitim durumu ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Ege et al., 2010). Literatürde benzer şekilde düşük eğitim seviyesinde olmanın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşama riskini arttığı saptanmıştır (Bahar et al., 2007; Çayan et al., 2001; Goldmeier et al., 2000; Gölgele, 2005; Laumann et al., 1999). Kadının eğitim seviyesinin yüksek olmasının mevcut sorunun eşler arasında paylaşımı, gerekli profesyonel yardıma başvurma gibi konularda olumsuz bir faktör olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, evli grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, bekar olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1). Literatür incelendiğinde, bekar, dul veya boşanmış kadınlara kıyasla evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının daha az ortaya çıktığı belirtilmiştir (Laumann et al., 1999). Literatürde cinsel fonksiyonunun incelendiği çalışmalarda ise sadece evli kadınların örnekleme dahil edildiği görülmektedir (Çayan et al., 2001; Güvel et al., 2003).

Partnerle olan ilişkisi olumlu olan grubun sosyal görünüş kaygısı değerinin, olumsuz olanlara göre düşük olması ve partnerle olan ilişkisi olumlu olan grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, olumsuz olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.1). Bu bulgu düşük düzeyde olmakla birlikte, çalışmamıza katılan hastaların ilişkilerinde memnuniyet düzeyleri arttıkça başkaları tarafından beğenilmeme kaygılarının düştüğü şeklinde yorumlanabilir. Literatürde sosyal görünüş kaygısı ile ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Mevcut araştırmalar genellikle Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin üniversite öğrencileri (Doğan, 2010; Levinson & Rodebaugh, 2011), ergenler (Doğan, 2011) ve yeme bozukluğu olan kadın hastalar gibi farklı örneklemeler üzerinde geçerlik ve güvenirliği üzerinedir. (Claes et al., 2012; Koskina et al., 2011; Levinson et al., 2013; Şahin et al., 2014).

Çocuğu olan grubun sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı değerinin, olmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Pehlivan ve arkadaşlarının ev kadınlarının sosyal görünüş kaygılarının incelendiği çalışmasında çocuk sahibi olan katılımcıların sosyal görünüş kaygısı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,212$; $p<0,05$) (Pehlivan et al., 2017). Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

Çocuğu olan grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değęerinin, olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Çocuk sahibi olan 196 mastektomi hastası üzerinde yapılan çalışmada hastaların yarısından fazlası postoperatif 1 yıl boyunca önemli derecede duygusal stres yaşadıklarını ve cinsel ilişkilerinin ciddi derece etkilendiğı belirtilmiştir. Hastaların %80'i daha önce tatmin edici cinsel ilişkileri olduğı halde ameliyat sonrası cinsel ilişkinin tamamen bittiğini belirtmişlerdir (Schain et al., 2003). Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, ameliyat öncesi yanıtlar incelendiğinde, ameliyat olan grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değęerinin, olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2). De Brito MJ ve ark. (M. J. A. de Brito et al., 2012) Abdominoplastinin cinsel fonksiyon üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmada, abdominoplasti işleminin fiziksel değışim ve klitorisin konumunun değışiklik göstermesi sonucu cinsellik üzerine olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedirler. Planlanan ameliyat türüne göre benlik saygısı değeri ve kadın cinsel fonksiyon indeksi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. ($p=0,001$; $p<0,05$). Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değęerinin, abdominoplasti, meme büyütme ve meme küçültme grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.2.2). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, abdominoplasti sonrası kadınların cinsel fonksiyonları ve benlik saygısı üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Saariniemi et al., 2014). Bir diğęer çalışmada ise, Mastektomi sonrası, meme rekonstrüksiyonu yapılan hastaların rekonstrüksiyonsuz mastektomili hastalara göre beden imajı ve benlik saygılarının daha yüksek olduğu, özgüvene sahip olmanın cinsel fonksiyonlarını olumlu etkilediğı ve cinsel disfonksiyonlarının diğęer hastalara göre daha az olduğu gözlenmiştir (Açıl et al., 2013).

5.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde RBSÖ, SGKÖ ve FSFI Ölçeklerine Verdikleri Yanıtlara Göre Ölçekler Arasındaki Korelasyonun Tartışılması

Çalışmamızda, benlik saygısı ilk ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi ilk ölçüm ve kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 4.3.1). Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası benlik saygılarının cinsel fonksiyon ilişkisine bakılan bir çalışmada, katılımcıların ameliyat öncesi

%57,1'nin cinsel yaşamlarında sorun yaşadığı ve %63,5'nin benlik kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir (Şahin Can & Çay, 2022). Bir diğer çalışmada ise meme redüksiyon ameliyatı öncesi ve sonrası cinsel yaşantıları incelendiğinde ameliyat öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır (Altuntaş et al., 2021). Çalışmamızın literatür ile farklılık göstermesi, literatürde karşılaştırma yapmak için sınırlı araştırma olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, benlik saygısı ilk ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.3.1). Histerektomi ameliyatı öncesi sonrası hastaların izlendiği bir çalışmada, RBSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ameliyat öncesi kadınların benlik saygıları anlamlı düzeyde düşük iken, ameliyat sonrası artmıştır (Ertekin Pınar & Güney, 2021). Bir diğer çalışmada ise, Aydın Avcı ve ark. da ameliyat öncesi ve ameliyattan bir hafta sonra, kadınların benlik saygısında herhangi bir değişiklik olmadığını bildirmişlerdir (Aydın Avcı et al., 2016). Çalışmamız, literatür ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Ameliyat sonrası benlik saygısında artış meydana gelmektedir.

Çalışmamızda, sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.3.1). Literatürde mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapılan kadınlarda benlik saygısı ve sosyal görünüş kaygısının ilişkisine bakılan bir çalışmada, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$) (Mete & Beydag, 2021). Çalışmamızın literatür ile farklılık göstermesi, çalışmaya abdominoplasti ve mamoplasti hastalarının dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonucun, katılımcı farklılıkları yönünden ve taburculuktan 1 ay sonra izleme alındığı dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda, sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.3.1). 2019 yılında yapılan bir yüksek lisans tezinde mastektominin benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenmiş olup, cinsel yaşam kalitesi ile benlik saygısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir ($r=-0,499$; $p=0,000<0,05$) (Aygün Topuz, 2019). Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Araştırmada İstanbul'da bir Özel Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nin cerrahi servislerinde abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olması planlanan kadın hastaların sosyodemografik ve ameliyata ilişkin özelliklerinin ameliyat öncesindeki ve taburcu olduktan 1 ay sonrasındaki benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları üzerindeki etkisini ve benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyonları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Çalışmamızda yaş grupları RBSÖ ve FSFI puanlarındaki değişikliği anlamlı olarak etkileyebilmektedir. Katılımcılardan 25-40 yaş grubunun sosyal görünüş kaygısı değerinin, 41 ve üzeri olanlara göre düşük olması ve kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Çocuğu olan grubun sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı değerinin, olmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Abdominoplasti grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, meme küçültme olanlara göre düşük olması ve mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, meme büyütme, meme küçültme ve meme dikleştirme grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Cinsel fonksiyon bozukluklarının görülme durumu, kadınların medeni durumları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Öyle ki evli grubun kadın cinsel fonksiyon indeksi değerinin, bekar olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Benlik saygısı ilk ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi ilk ölçüm ve kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
- Benlik saygısı ilk ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

- Sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile benlik saygısı son ölçüm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
- Sosyal görünüş kaygısı son ölçüm ile kadın cinsel fonksiyon indeksi son ölçüm arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

6.2. ÖNERİLER

Abdominoplasti ameliyatı ya da mamoplasti ameliyatlarından herhangi biri planlanan hastaların, operasyon öncesi benlik saygıları, sosyal görünüş kaygıları ve cinsel fonksiyon düzeyleri değerlendirilmeli ve sonuçlara göre operasyon sonrası karşılaşılabilecek problemlere hazırlanmalıdırlar. Hemşireler hastaların benlik saygısını arttırmak ve sosyal görünüş kaygısını azaltmak için gerekli psikososyal desteği sağlamalıdırlar. Operasyon öncesi ve sonrasında hastaların cinsel fonksiyon düzeyleri değerlendirilmeli ve tespit edilen sorunlar varsa uygun planlama yapılmalıdır.

Hemşirelerin abdominoplasti ve mamoplasti gibi hem fiziksel hem de psikolojik olarak büyük değişimler yaşanan cerrahilerde, hastalara rehberlik ve danışmanlık etmesine katkı sağlayacak ve hastaların operasyona daha sağlıklı bir şekilde karar vermesinde yol gösterici olmasını sağlayacak daha geniş hasta popülasyonları ile yapılan daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Abay, M. (2018). Ön ve Arka Vajinal Onarımın Kadın Cinsel Fonksiyonları Üzerine Etkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi].
2. Açıl, H., Aygin, D., & Sert, H. (2013). Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu ve Cinsellik. *Androloji Bülteni*, 15(53), 148–148.
3. Adams, W. P., & Mallucci, P. (2012). Breast Augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130(4), 597–611. <https://doi.org/10.1097/PRS.0B013E318262F607>
4. Aksoy Derya, Y., Timur Taşhan, S., Duman, M., & Nacar, G. (2017). Social Physique Anxiety Levels and Influential Factors in Women Who Have Aesthetic Surgery. *Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology*, 27(4), 169–177.
5. Altuntaş, M., Uyar, İ., & Guncu, H. (2021). The Effects Of Breast Reduction Operation On Patients' Mood And Sexual Life. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 23(3), 55–59. <https://doi.org/10.12740/APP/136353>
6. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.).
7. Amil, O., & Bozgeyikli, H. (2015). Investigating the Relationship between Social Appearance Anxiety and Loneliness of Turkish University Youth. *Journal of Studies in Social Sciences*, 11(1), 68–96.
8. Araç, G. (2022). Spor Fakültesi Mezunları ve Öğrencilerinin Benlik Saygısı ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Kütahya Dumlupınar Üniversitesi*.
9. Arslan, H., Mergen, H., Erdoğan, M., Arslan, E., & Ayyıldız, Ü. (2016). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Puanlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *New World Sciences Academy Medical Sciences*, 11(1), 1–13.
10. Arslan, O. E. (2005). Anatomy of the abdominal wall. *Aesthetic Surgery of the Abdominal Wall*, 1–28. https://doi.org/10.1007/3-540-27263-1_1
11. Aslan Yılmaz, H. (2016). Bir Derleme: Benlik Kavramına İlişkin Bazı Yaklaşımlar ve Tanımlamalar. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 48, 79–89.
12. Aslaner, E. E. (2014). Otolog Doku veya İmplant ile Yapılan Meme Rekonstrüksiyonlarında Kullanılan Farklı Onarım Yöntemlerinin Karşılaştırılması.
13. Austin, R. E., Saheb-Al-Zamani, M., Lista, F., & Ahmad, J. (2019). Periareolar Augmentation-Mastopexy. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(9), 953–965.
14. Avontroodt, S., Lemiere, J., Cadenas de Llano-Pérula, M., Verdonck, A., Laenen, A., & Willems, G. (2019). The Evolution of Self-Esteem Before, During and After Orthodontic Treatment in Adolescents with Dental Malocclusion, a Prospective Cohort Study. *European Journal of Orthodontics*, 257*262. <https://doi.org/doi.org/10.1093/ejo/cjz048>

15. Aydın Avcı, İ., Birsen, A., & Busra, A. (2016). Evaluation of relationships, self-evaluation and self-esteem of women's with hysterectomy. *Progress in Health Sciences*, 6(2), 7–13. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0009.5023>
16. Aygin, D., & Eti Aslan, F. (2005). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25, 393–399.
17. Aygün Topuz, E. (2019). Mastektominin Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi.
18. Ayhan, S., Küçüker, İ., Tuncer, S., Çukurluoğlu, O., & Uygur, Ş. (2009). Profilaktik Mastektomi ve Çift Taraflı Meme Onarımı: Klinik Deneyim. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 17(3), 122–127.
19. Babaitis, R., Villegas, F. J., Hoyos, A. E., Perez, M., & Mogollon, I. R. (2022). TULUA Male High-Definition Abdominoplasty. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 149(1), 96–104. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000008680>
20. Bahar, A., Savaş, A. H., Yıldızgördü, E., & Barlıoğlu, H. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 287–292.
21. Bakiler, A. (2022). Relationship Between Perceived Parenting Attitudes and Eating Attitudes: Roles of Self-Compassion and Social Appearance Anxiety. *Izmir University of Economics*.
22. Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Segraves, K., Segraves, R. T., Shabsigh, R., Sıpski, M., Wagner, G., & Whipple, B. (2000). Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Urology*, 163(3), 888–893.
23. Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., R. Heiman, J., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., & Weijmar Schultz, W. (2004). Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 40–48.
24. Bastable, S. B., & Rosario-Gonzalez, K. M. (2021). Overview of Education in Health Care. In *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice* (6th ed., pp. 1–22).
25. Baybek, H., & Yavuz, S. (2005). Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Benlik Saygılarının İncelenmesi. *SBE Dergisi*, 14, 73–95.
26. Berberoğlu, Ö. (2012a). Mamoplasti ve Abdominoplasti Operasyonlarının Vücut Postürü Ve Bel Ağrısına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Gaziantep Üniversitesi*.
27. Berberoğlu, Ö. (2012b). Mamoplasti ve Abdominoplasti Operasyonlarının Vücut Postürü ve Bel Ağrısına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Gaziantep Üniversitesi*.
28. Berman, J. R. (2005). Physiology of Female Sexual Function and Dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), S44–S51. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901428>

29. Bican, C. (2019). Mastektomi Nedeniyle Meme Rekonstrüksiyonu Uygulanan Kadınlarda Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşam.
30. Biro, F. M., Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Padgett, J., & Bean, J. A. (2006). Self-Esteem in Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health*, 39(4), 501–507. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2006.03.010>
31. Blugerman, G., Schavelzon, D., Martínez, B., Wexler, G., Markowsky, A., & Lotoki, M. (2016). New Concepts on Safer Abdominoplasty. *Body Contouring and Sculpting*. <https://doi.org/10.5772/65093>
32. Boehm, K. A., & Nahai, F. (2008). Mastopexy. In *Cosmetic and Reconstructive Breast Surgery* (2008th ed., pp. 109–118).
33. Brito, Í. M., Meireles, R., Baltazar, J., Brandão, C., Sanches, F., & Freire-Santos, M. J. (2020). Abdominoplasty and Patient Safety: The Impact of Body Mass Index and Bariatric Surgery on Complications Profile. *Aesthetic Plastic Surgery*, 44(5), 1615–1624. <https://doi.org/10.1007/S00266-020-01725-Y>
34. Brotto, L. A. (2009a). The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 221–239.
35. Brotto, L. A. (2009b). The DSM Diagnostic Criteria for Sexual Aversion Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 271–277.
36. Brower, J. P., & Rubin, J. P. (2020). Abdominoplasty After Massive Weight Loss. *Clinics in Plastic Surgery*, 47, 389–396.
37. Brown, J. D., Dutton, K. A., & Cook, K. E. (2001). From the Top Down: Self-esteem and Self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15(5), 615–631.
38. Bruck, J. C. (2006). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. *Ästhetische Chirurgie [Aesthetic Surgery]*, 100(9-10), 647–724.
39. Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Self Esteem/Self Concept Scales for Children and Adolescents: A Review. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4), 190–201. <https://doi.org/10.1111/J.1475-3588.2005.00368.X>
40. Çayan, S., Akbay, E., Canbolat, D. A., Bozlu, M., & Ulusoy, E. (2001). Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Prevalansı ve Risk Faktörleri. In 4. Ulusal Androloji Kongresi Program ve Özet Kitabı (p. 1:24).
41. Çelik, E., & Çakmak Tolan, Ö. (2021). The Relationship Between Social Appearance Anxiety, Automatic Thoughts and Depression-Anxiety-Stress in Emerging Adulthood. *International Journal of Progressive Education*, 17(5), 345–363. <https://doi.org/10.29329/ijpe.2021.375.22>
42. Çepikkurt, F., & Coşkun, F. (2010). Üniversiteli Dansçıların Sosyal Fizik Kaygı ve Beden İmgesinden Hoşnut Olma Düzeyleri. *Pamukkale Journal of Sport Sciences*, 1(2), 17–24.
43. Çetinkaya, F., & Karabulut, N. (2010). Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Verilen Eğitimin Ağrı ve Kaygı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 20–26.
44. Çiçek, G. (2021). Burun Estetiği Ameliyatı Öncesi Bireylerin Sosyal Görünüş Kaygıları ile Psikolojik İyi Oluşlarının İncelenmesi.

45. Claes, L., Hart, T. A., Smits, D., van den Eynde, F., Mueller, A., & Mitchell, J. E. (2012). Validation of the Social Appearance Anxiety Scale in Female Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 20(5), 406–409.
46. Coombs, D. M., Grover, R., Prassinis, A., & Gurunluoglu, R. (2019). Breast Augmentation Surgery: Clinical Considerations. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 86(2), 111–122. <https://doi.org/10.3949/ccjm.86a.18017>
47. Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem.
48. Corcione, S., Tommaso, L., & De Rosa, F. G. (2019). Skin and Soft Tissue Infections After Breast Surgery. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2(32), 87–94.
49. Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What Is an Anxiety Disorder? *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066–1085.
50. Damjanovic, A., Duisin, D., & Barisic, J. (2013). The Evolution of the Female Sexual Response Concept: Treatment Implications. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 141(3–4), 268–274. <https://doi.org/10.2298/SARH1304268D>
51. Dawson, M. L., Shah, N. M., Rinko, R. C., Veselis, C., & Whitmore, K. E. (2017). The Evaluation and Management of Female Sexual Dysfunction. *The Journal of Family Practice*, 66(12), 722–728.
52. de Brito, M. J. A., Nahas, F. X., Bussolaro, R. A., Shinmyo, L. M., Barbosa, M. V. J., & Ferreira, L. M. (2012). Effects of Abdominoplasty on Female Sexuality: A Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 1–9.
53. Demirci, S. (2011). Karın Ön-Yan Duvarı ve Kasık Anatomisi. *Endoskopik Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi*, 18(2), 104–115.
54. Demirel, S. (2021). Plastik Cerrahi Operasyonu Geçirecek Hastaların Estetik Cerrahiyi Kabulü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi*.
55. di Pompeo, F. S., Paolini, G., Firmani, G., & Sorotos, M. (2022). History of Breast Implants: Back to the future. *British Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons*, 22(11), 1–12. <https://doi.org/10.1016/J.JPRA.2022.02.004>
56. Doğan, T. (2010). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39, 151–159.
57. Doğan, T. (2011). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin Ergenlerden Oluşan Bir Örneklemde İncelenmesi [An Investigation of the Psychometric Properties of the Social Appearance Anxiety Scale in an Adolescent Sample]. *İlköğretim Online*, 10(1), 12–19.
58. Doganova Ekim, B. (2020). Kişilerin Kaygı Düzeyi ve Özbenlik Saygısının; Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Operasyon Yaptırma İsteğinin Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *İstanbul Aydın Üniversitesi*.

59. Ege, E., Akın, B., Yaralı Arslan, S., & Bilgili, N. (2010). Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı ve Risk Faktörleri. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 3(1), 137–144.
60. Ellison, J. M., Steffen, K. J., & Sarwer, D. B. (2015). Body Contouring After Bariatric Surgery. *European Eating Disorders Review*, 6(23), 479–487. <https://doi.org/10.1002/erv.2408>
61. Elmastaş, D. (2015). Elektif Cerrahi Planlanan Kadın Hastalarda Sezeryan ve Diğer Elektif Cerrahiler Arasında Preoperatif Anksiyete Karşılaştırması. *Dicle Üniversitesi*.
62. Erdoğan, Z., & Bulut, H. (2019). Abdominoplastide Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 41–47.
63. Ergen, O. G. (2017). Ergen, O. G. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi İçin Başvuran Hasta Profiline İncelenmesi: Özel ve Kamu Hastanelerinin Karşılaştırması. *Bahçeşehir Üniversitesi*.
64. Ertekin Pınar, Ş., & Güney, D. (2021). Evaluation of Women's Mental Health and Self-Esteem Before and After Hysterectomy Surgery. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(3), 704–710. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-80073>
65. Esmalian Khamseh, L., & Nodargahfard, M. (2020). The Effect of Cosmetic Surgery on Sexual Self-Esteem: Attitudes toward Body Image and Well-Being in Married Women. *World Journal of Plastic Surgery*, 9(2), 153–159.
66. Evans, D. R. (1997). Health Promotion, Wellness Programs, Quality of Life and the Marketing of Psychology. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 38(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.38.1.1>
67. Fink, G. (2016). Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined: Lessons from Anxiety. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook in Stress Series* (pp. 3–11).
68. Foustanos, A. (2009). Double Flap Technique: An Alternative Mastopexy Approach. In *Mastopexy and Breast Reduction* (pp. 97–102).
69. Giraldi, A., & Kristensen, E. (2010). Sexual Dysfunction in Women with Diabetes Mellitus. *The Journal of Sex Research*, 47(2–3), 199–211.
70. Giraldi, A., Kristensen, E., & Sand, M. (2015). Endorsement of Models Describing Sexual Response of Men and Women with a Sexual Partner: An Online Survey in a Population Sample of Danish Adults Ages 20–65 Years. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 116–128. <https://doi.org/10.1111/jsm.12720>
71. Gladfelter, J. (2007). Breast Augmentation 101. *Plastic Surgical Nursing*, 27(3), 136–145.
72. Göksu, Ö. (2019). Estetik Cerrahi Olan Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumları İle Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi*.
73. Goldmeier, D., Judd, A., & Schroeder, K. (2000). Prevalence of Sexual Dysfunction in New Heterosexual Attenders at a Central London

- Genitourinary Medicine Clinic in 1998. Sexually Transmitted Infections, 76(3), 208–209.
74. Gölgeli, H. (2005). Diyaliz Hastalarındaki Cinsel İşlev Sorunları ve Etkileyen Faktörler.
75. Graf, R., & Biggs, T. M. (2002). In Search of Better Shape in Mastopexy and Reduction Mammoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery, 110(1), 318–320. <https://doi.org/10.1097/00006534-200207000-00054>
76. Graham, C. A. (2009a). The DSM Diagnostic Criteria for Female Orgasmic Disorder. Archives of Sexual Behavior, 39, 256–270.
77. Graham, C. A. (2009b). The DSM Diagnostic Criteria for Female Sexual Arousal Disorder. Archives of Sexual Behavior, 39(2), 240–255.
78. Gräwe, J. S., Mirow, L., Bouchard, R., Lindig, M., & Hüppe, M. (2010). Impact of Preoperative Patient Education on Postoperative Pain in Consideration of the Individual Coping Style. Der Schmerz, 24(6), 575–586. <https://doi.org/10.1007/s00482-010-0994-z>
79. Graziottin, A., Maseroli, E., & Vignozzi, L. (2023). Female Sexual Dysfunctions: A Clinical Perspective on HSDD, FAD, PGAD, and FOD. In 1, G. M. Busetto, G. Carrieri, & L. Cormio (Eds.), Practical Clinical Andrology (1st ed., pp. 89–112). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-11701-5>
80. Grevious, M. A., Cohen, M., Shah, S. R., & Rodriguez, P. (2006). Structural and Functional Anatomy of the Abdominal Wall. Clinics in Plastic Surgery, 33, 169–179. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2005.12.005>
81. Guimarães, P. A. M. P., Resende, V. C. L., Sabino Neto, M., Seito, C. L., de Brito, M. J. A., Abla, L. E. F., Veiga, D. F., & Ferreira, L. M. (2015). Sexuality in Aesthetic Breast Surgery. Aesthetic Plastic Surgery, 39(6), 993–999. <https://doi.org/10.1007/S00266-015-0574-9/TABLES/4>
82. Güner Küçükkaya, P. (2011). Estetik Cerrahinin Psikososyal Etkileri ve Hemşirelik Girişimi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 13(3), 71–77.
83. Güvel, S., Yayıcıoğlu, Ö., Bağış, T., Savaş, N., Bulgan, E., & Özkardeş, H. (2003). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. Türk Üroloji Dergisi, 29(1), 43–48.
84. Hall-Findlay, E. J., & Shestak, K. J. (2015). Breast Reduction. Plastic and Reconstructive Surgery Journal, 136(4), 531–544.
85. Harputlu, D., Terzi, C., Eşrefgil, G., Uz, S., Sökmen, S., & Füzün, M. (2007). Kolostomi ve İleostomili Bireylerde Benlik Saygısı. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi, 17, 178–185.
86. Hart, T. A., Flora, D. B., Palyo, S. A., Fresco, D. M., Hole, C., & Heimberg, R. G. (2008). Development and Examination of the Social Appearance Anxiety Scale. Assessment, 15(1), 48–59.
87. Hidalgo, D. A., & Spector, J. A. (2015). Mastopexy. Plastic and Reconstructive Surgery, 132(4), 642–656. <https://doi.org/10.1097/PRS.0B013E31829FE4B4>

88. Hope, W. W., Abdul, W., & Winters, R. (2021). Abdominal Wall Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery: Approaches and Techniques*, 564–574. <https://doi.org/10.1002/9781118655412.ch43>
89. ISAPS. (2020). International Survey On Aesthetic/Cosmetic Procedures.
90. James, W. (1890). *The Principles of Psychology* (2nd ed., Vol. 1).
91. Jesinger, R. A. (2014). Breast Anatomy for the Interventionalist. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*, 17(1), 3–9.
92. Jlaia, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedford, N. M. (2010). Effect of Preoperative Multimedia Information on Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Procedures under Regional Anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369–374. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq002>
93. Joseph, A., Scharbach, S., & Samant, H. (2018). Anatomy, Anterolateral Abdominal Wall Veins. *StatPearls*.
94. Kaidar-Person, O., Offersen, B. V., Boersma, L. J., de Ruyscher, D., Tramm, T., Kühn, T., Gentilini, O., Mátrai, Z., & Poortmans, P. (2021). A Multidisciplinary View of Mastectomy and Breast Reconstruction: Understanding the Challenges. *The Breast*, 56, 42–52. <https://doi.org/10.1016/J.BREAST.2021.02.004>
95. Kaplan, J. B. (2015). Aesthetic Self-Esteem. *Plastic Surgical Nursing*, 35(1), 33–39.
96. Karabacak, Ö. (2022). Estetik Cerrahi Geçiren Kadınların Beden Beğenisi Ve Estetik Cerrahiyi Kabulü: Kültürlerarası Karşılaştırma.
97. Karaca, E. (2019). Plastik Cerrahi Ameliyatı Geçirmiş Kadınların Beden İmajı ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişki. *İstanbul Okan Üniversitesi*.
98. Karaca, E., & Beydag, K. D. (2021). Plastik Cerrahi Ameliyatı Geçirmiş Kadınların Beden İmajı ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişki. *Sağlık ve Toplum*, 31(2), 181–194.
99. Karadağlı, A. (1993). Öğrenci Hemşirelerin Benlik Saygısı Düzeyleri ile Algıladıkları Okul Yaşantıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, 43(2), 11–15.
100. Kartel, O., & Tortop, H. S. (2019). Üstün Yetenekli Ve Normal Öğrencilerin Benlik Saygısı Ve Bağlanma Düzeyleri. *Üstün Zekalılar Eğitimi ve Yaratıcılık Dergisi*, 6(2), 167–177.
101. Kaufmann, P., Prado, L. G. M., Basile, V. V. D., Mazzarone, F., & Pitanguy, I. (2011). Assessment of vertical scar migration after classical abdominoplasty followed by lower abdominal flap fixation. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (Impresso)*, 26(3), 502–506. <https://doi.org/10.1590/S1983-51752011000300022>
102. Kaya, Ş. (2017). Ergenlerde Ana-Babaya Bağlanma Örüntüsünün Benlik Saygısı ve Yalnızlık ile İlişkisi.
103. Kingsberg, S., & Althof, S. E. (2009). Evaluation and Treatment of Female Sexual Disorders. *International Urogynecology Journal*, 20(1), 33–43. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0833-x>

104. Körpe, G. (2017). Plastik–Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Benlik Saygısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 3(2), 223–231.
105. Koskina, A., van den Eynde, F., Meisel, S., Campbell, I. C., & Schmidt, U. (2011). Social Appearance Anxiety and Bulimia Nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 16(2), 142–145.
106. Kurhan, F. (2021). Social Appearance Anxiety in Patients with Contact Dermatitis. *Eastern Journal of Medicine*, 26(4), 589–594. <https://doi.org/10.5505/ejm.2021.52280>
107. Kurutçu, Ş. (2020). Estetik ve Cerrahi Sağlık Hizmeti Alan Bireylerde Sosyal Görünüş Kaygısının Özgüven ve Utangaçlık Üzerine Etkisi.
108. Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537–544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
109. Lesko, R. P., Cheah, M. A., Sarmiento, S., Cooney, C. M., & Cooney, D. S. (2020). Postoperative Complications of Panniculectomy and Abdominoplasty: A Retrospective Review. *Annals of Plastic Surgery*, 85(3), 285–289. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002220>
110. Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2011). Validation of the Social Appearance Anxiety Scale: Factor, Convergent, and Divergent Validity. *Assessment*, 18(3), 350–356. <https://doi.org/doi:10.1177/1073191111404808>
111. Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., White, E. K., Menatti, A. R., Weeks, J. W., Iacovino, J. M., & Warren, C. S. (2013). Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation. Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? *Appetite*, 67, 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.04.002>
112. Lopez, M. E., & Olutoye, O. O. (2017). Breast Embryology, Anatomy and Physiology. *Endocrine Surgery in Children*, 365–376.
113. Mahadevan, V. (2012). Anatomy of the anterior abdominal wall and groin. *Surgery*, 30, 257–260. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2012.02.010>
114. Mahić, A. P., Grebić, D., Čargonja, P., & Kustić, D. (2020). Silicone Gel Breast Implants: Past, Present, and Future. *Acta Medico-Historica Adriatica*, 18(1), 165–176. <https://doi.org/10.31952/AMHA.18.1.10>
115. Manassa, E. H., Hertl, C. H., & Olbrisch, R. R. (2003). Wound Healing Problems in Smokers and Nonsmokers After 132 Abdominoplasties. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111(6), 2082–2087. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000057144.62727.C8>
116. Manav, K. (2020). Redüksiyon Mamoplasti Yapılan Hasta Semptomlarındaki Değişikliklerin Analizi.
117. Mang, W. L., Neidel, F., Becker, A., Mackowski, M. S., Schantz, J.-T., & Then-Schlagau, U. (2010). *Manual of Aesthetic Surgery*.

118. Marsh, H., Xu, M., & Martin, A. J. (2012). Self-concept: A Synergy of Theory, Method, and Application. In *APA Educational Psychology Handbook: Vol. 1. Theories, Constructs, and Critical Issues* (pp. 427–458).
119. Matarasso, A. (2010). Traditional Abdominoplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 37(3), 415–437. <https://doi.org/10.1016/J.CPS.2010.03.006>
120. Matarasso, A., & Matarasso, D. M. Matarasso, E. J. (2014). Abdominoplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 41(4), 655–672.
121. Matarasso, A., Swift, R. W., & Rankin, M. (2006). Abdominoplasty and Abdominal Contour Surgery: A National Plastic Surgery Survey. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117(6), 1797–1808. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000209918.55752.F3>
122. McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., & Segraves, R. T. (2016). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 153–167.
123. McLeod, S. A. (1993). Utilizing Rogers' Theory of Self-Concept in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18(6), 980–984.
124. McMullen, T., & Resnick, B. (2013). Self-Esteem Among Nursing Assistants: Reliability and Validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 21(2), 335–344.
125. Mete, B. (2019). Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu Yapılan Kadınlarda Benlik Saygısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı İlişkisi.
126. Mete, B., & Beydag, K. D. (2021). Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu Yapılan Kadınlarda Benlik Saygısı Ve Sosyal Görünüş Kaygısı İlişkisi. *Sağlık ve Toplum*, 31(2), 159–171.
127. Mirrafati, S. (2005). Abdominoplasty history and techniques. *Aesthetic Surgery of the Abdominal Wall*, 62–66. https://doi.org/10.1007/3-540-27263-1_4
128. Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 249–274.
129. Nahabedian, M. Y. (2011). Breast Deformities and Mastopexy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127(4), 91–102. <https://doi.org/10.1097/PRS.0B013E31820A7FA7>
130. Nahai, F. R. (2010). Anatomic Considerations in Abdominoplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 37, 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2010.03.003>
131. Neaman, K. C., Armstrong, S. D., Baca, M. E., Albert, M., Vander Woude, D. L., & Renucci, J. D. (2013). Outcomes of traditional cosmetic abdominoplasty in a community setting: A retrospective analysis of 1008 patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(3). <https://doi.org/10.1097/PRS.0B013E31827C6FC3>
132. Neto, M., Dematte, M., Freire, M., Garcia, E., Quaresma, M., & Ferreira, L. (2008). Self-Esteem and Functional Capacity Outcomes Following Reduction Mammoplasty. *Aesthetic Surgery Journal*, 28(4), 417–420.

133. Neto, M., Menezes, M., Moreira, J., Garcia, E., Abla, L., & Ferreira, L. (2013). Sexuality After Breast Reconstruction Post Mastectomy. *Aesthetic Surgery Journal*, 37(3), 643–647.
134. Nikolić, J., Janjić, Z., Marinković, M., Petrović, J., & Božić, T. (2013). Psychosocial Characteristics and Motivational Factors in Woman Seeking Cosmetic Breast Augmentation Surgery. *Vojnosanitetski Pregled*, 70(10), 940–946.
135. Noone, R. B., Frazier, T. G., Noone, G. C., Blanchet, N. P., Murphy, J. B., & Rose, D. (1994). Recurrence of Breast Carcinoma Following Immediate Reconstruction: A 13-Year Review. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*, 93(1), 96–106.
136. Oral, M. A., Aslan, C., Tuzuner, M., Aksam, E., Kilin Capkinoglu, F. B., & Gulpek, D. (2018). The Effects of Breast Reduction on Sexual Activity. *Turkish Journal of Plastic Surgery*, 26(2), 62–66.
137. Organization, W. H. (1992). *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision*. 1.
138. Ors, S. (2017). Mastopexy with a Dermal Encapsulated Round or Anatomic Autoprosthesis. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 88–97.
139. Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological*, 23(5), 381–387.
140. Owens, T. J., & Samblanet, S. (2013). Self and Self-Concept. *Handbooks of Sociology and Social Research*, 225–249. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6772-0_8
141. Özcan, H., & Kızılkaya Beji, N. (2018). Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları: 2018 Güncelleme. *Androloji Bülteni*, 20, 133–137.
142. Özen, Y., & Gülaçtı, F. (2010). Benlik-Kavramı ve Benliğin Gelişimi Bilen Benliğe Gereksinim Var Mı? *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(2), 21–37.
143. Özyüksel, Ş. (2022). Genç Yetişkin Bireylerde Sosyal Kaygı ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi*.
144. Pala, A. A. (2020). Derin Ven Trombozu Etiyolojisi ve Tanısı. In N. Kahraman (Ed.), *Venöz ve Lenfatik Sistem Hastalıkları: Vol. Ciltsiz* (2020th–01 ed., pp. 131–142).
145. Pandya, S., & Moore, R. G. (2011). Breast Development and Anatomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 54(1), 91–95. <https://doi.org/10.1097/GRF.0B013E318207FFE9>
146. Park, J.-Y., & Park, E.-Y. (2019). The Rasch Analysis of Rosenberg Self-Esteem Scale in Individuals With Intellectual Disabilities. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01992>
147. Pehlivan, Z., Ada, E. N., & Öztaş, G. (2017). Ev Kadınlarının Sosyal Görünüş Kaygıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Spor Bilimleri Dergisi Hacettepe Üniversitesi*, 28(1), 11–23. <https://doi.org/10.17644/sbd.337990>

148. Pekedis, Ö. (2005). Meme Küçültme Ameliyatlarından İnferior Piramidal Pedikül ile Vertikal Mamoplasti-Kısa Skar Tekniklerinin Prospektif Değerlendirilmesi.
149. Pesu, L., Aunola, K., Viljaranta, J., & Nurmi, J.-E. (2016). The Development of Adolescents' Self-concept of Ability through Grades 7-9 and the Role of Parental Beliefs. *Frontline Learning Research*, 4(3), 92–109.
150. Petek, H. (2006). Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1(8), 177–239.
151. Pferdehirt, R., & Nahabedian, M. Y. (2021). Finesse in Mastopexy and Augmentation Mastopexy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 148(3), 451–461. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000008303>
152. Platt, J., Baxter, N., & Zhong, T. (2011). Breast Reconstruction after Mastectomy for Breast Cancer. *Canadian Medical Association Journal*, 183(18), 2109–2116. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110513>
153. Polat, A. (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi.
154. Purohit, S. (2008). Reduction Mammoplasty. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 41((suppl)), 64–79.
155. Ramanadham, S. R., & Rose Johnson, A. (2020). Breast Lift with and without Implant: A Synopsis and Primer for the Plastic Surgeon. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 8(10). <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003057>
156. Ranieri, J., Fiasca, F., Guerra, F., Perilli, E., Mattei, A., & Di Giacomo, D. (2021). Examining the Post-operative Well-Being of Women Who Underwent Mammoplasty: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
157. Rezai, M., Darsow, M., Kümmel, S., & Krämer, S. (2008). Autologous and Alloplastic Breast Reconstruction – Overview of Techniques, Indications and Results. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch*, 48(2), 68–75.
158. Ritz, M., Silfen, R., & Southwick, G. (2006). Fascial Suspension Mastopexy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117(1), 86–94. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000194919.22522.63>
159. Rohrich, R. J., Gosman, A. A., Brown, S. A., & Reisch, J. (2006). Mastopexy Preferences: A Survey of Board-Certified Plastic Surgeons. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118(7), 1631–1638. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000248397.83578.AA>
160. Rohrich, R. J., Thornton, J. F., & Jakubietz, M. G. (2004). The Limited Scar Mastopexy: Current Concepts and Approaches to Correct Breast Ptosis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 114(6), 1622–1630.
161. Rosenberg, M. (1965a). Society and the Adolescent Self-Image.
162. Rosenberg, M. (1965b). Society and the Adolescent Self-Image.
163. Rosenfield, L. K. (2010). High Tension Abdominoplasty 2.0. *Clinics in Plastic Surgery*, 37(3), 441–465.

164. Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of Nursing Interventions for Preoperative Anxiety in Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3274–3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>
165. Saarniemi, K. M., Salmi, A. M., Peltoniemi, H. H., Helle, M. H., Charpentier, P., & Kuokkanen, H. O. (2014). Abdominoplasty Improves Quality of Life, Psychological Distress, and Eating Disorder Symptoms: A Prospective Study. *Plastic Surgery International*, 2014, 1–4. <https://doi.org/10.1155/2014/197232>
166. Şahan Yılmaz, B., & Duy, B. (2013). Psiko-Eğitim Uygulamasının Kız Öğrencilerin Benlik Saygısı ve Akılcı Olmayan İnançları Üzerine Etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39), 68–81.
167. Şahin Can, M., & Çay, F. (2022). The Effect of Body Satisfaction on Female Sexual Life After Bariatric Surgery: A Follow-up Study. *Anatolian Current Medical Journal*, 4(4), 401–406. <https://doi.org/10.38053/acmj.1164283>
168. Şahin, E., Barut, Y., Ersanli, E., & Kumcağız, H. (2014). Self-esteem and Social Appearance Anxiety: An Investigation of Secondary School Students. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 4(3), 152–159. www.textroad.com
169. Salehahmadi, Z., & Rafie, S. R. (2012). Factors Affecting Patients Undergoing Cosmetic Surgery in Bushehr, Southern Iran. *World Journal of Plastic Surgery*, 1(2), 99–106.
170. Salzberg, A. A. (2012). Direct-to-Implant Breast Reconstruction. *Clinics in Plastic Surgery*, 39(2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/J.CPS.2012.01.001>
171. Samra, S., Sawh-Martinez, R., Barry, O., & Persing, J. A. (2010). Complication Rates of Lipoabdominoplasty Versus Traditional Abdominoplasty in High-Risk Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(2), 683–690. <https://doi.org/10.1097/PRS.0B013E3181C82FB0>
172. Şanlıer, N., Pehlivan, M., Sabuncular, G., Bakan, S., & İşgüzar, Y. (2017). Determining the Relationship between Body Mass Index, Healthy Lifestyle Behaviors and Social Appearance Anxiety. *Ecology of Food and Nutrition*, 57(2), 124–139.
173. Sarı, E. (2016). Kliniğimize Başvuran Rekonstrüktif ve Estetik Hastaların Sosyokültürel Özellikleri ve Memnuniyet Seviyeleri. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 24(2), 76–82.
174. Sarı, M., & Cenkseven Önder, F. (2008). İlköğretim Öğrencilerinde Okul Yaşam Kalitesi ve Benlik Kavramı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(2), 1–16.
175. Sarwer, D. B., Nordmann, J. E., & Herbert, J. D. (2000). Cosmetic Breast Augmentation Surgery: A Critical Overview. *Journal of Women's Health*

- and Gender-Based Medicine, 9(8), 843–856.
<https://doi.org/10.1089/152460900750020874>
176. Saym, Y., & Aksoy, G. (2012). The Effect of Analgesia Education on Pain in Patients Undergoing Breast Surgery: Within 24 Hours After The Operation. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9–10), 1244–1253.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04009.x>
177. Schain, W. S., Jacobs, E., & Wellisch, D. K. (2003). Psychosocial Issues in Breast Reconstruction. Intrapyschic, Interpersonal, and Practical Concerns. *Clinics in Plastic Surgery*, 11(2), 237–251.
178. Schmauss, D., Machens, H.-G., & Harder, Y. (2016). Breast Reconstruction after Mastectomy. *Frontiers in Surgery*, 2, 1–9.
179. Sel, Z., & Beydağ, K. D. (2022). Meme Kanseri Nedeniyle Cerrahi Operasyon Geçiren Kadınlarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu İlişkisi. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 119–127.
180. Seo, Y. A., & Kim, Y. A. (2020). Factors Affecting Acceptance of Cosmetic Surgery in Adults in Their 20s–30s. *Aesthetic Plastic Surgery*, 44(5), 1881–1888.
181. Serel, S., Şen, Z., Kaya, B., Emiroğlu, M., & Can, Z. (2004). İmplantlar ve Doku Geniştiriciler ile Meme Rekonstrüksiyonu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(3), 167–173.
182. Seretis, K., Goulis, D., Demiri, E. C., & Lykoudis, E. G. (2017). Prevention of Seroma Formation Following Abdominoplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aesthetic Surgery Journal*, 37(3), 316–323.
<https://doi.org/10.1093/ASJ/SJW192>
183. Serletti, J. M., Fosnot, J., Nelson, J. A., Disa, J. J., & Bucky, L. P. (2011). Breast Reconstruction after Breast Cancer. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*, 127(6), 124–135.
184. Sevindi, T. (2020). Investigation of Social Appearance Anxiety of Students of Faculty of Sport Sciences and Faculty of Education in Terms of Some Variables. *Asian Journal of Education and Training*, 6(3), 541–545.
<https://doi.org/10.20448/journal.522.2020.63.541.545>
185. Sidi, H., Naing, L., Midin, M., & Nik Jaafar, N. R. (2008). The Female Sexual Response Cycle: Do Malaysian Women Conform to the Circular Model? *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2359–2366.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00653.x>
186. Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. (2021). Cancer Statistics, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(1), 7–33.
<https://doi.org/10.3322/CAAC.21654>
187. Silvestri, P. R., Baglioni, V., Cardona, F., & Cavanna, A. E. (2018). Self-concept and Self-esteem in Patients with Chronic Tic Disorders: A Systematic Literature Review. *European Journal of Paediatric Neurology: EJPN : Official Journal of the European Paediatric Neurology Society*, 22(5), 749–756.

188. Şimşek, O. M., & Koçak, O. (2019). Türk ve Yabancı Üniversite Öğrencilerinin İnternet Bağımlılıklarının Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi ve Sosyal Görünüş Kaygısı ile İlişkinin İncelenmesi. *Middle East Journal of Refugee Studies*, 5(2), 25–43.
189. Sır, E. (2022). Ortaokul Öğrencilerine Uygulanan Benlik Saygısı Geliştirme Programı'nın Benlik Saygısı ve Akran Zorbalığı Mağduriyetine Etkisi. Selçuk Üniversitesi.
190. Smith, E. R., Mackie, D. M., & Claypool, H. M. (2007). *Social Psychology* ((3rd Ed)).
191. Şöhret, T. (2020). Mastektomi Sonrası Memenin Yeniden Şekillendirilmesine Eğilim ile Cinsel Yaşam Kalitesi ve Sosyal Görünüş Kaygısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.
192. Somogyi, R. B., Ziolkowski, N., Osman, F., Ginty, A., & Brown, M. (2018). Breast Reconstruction. *Canadian Family Physician*, 64(6), 424–432.
193. Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1), 51–62.
194. Spector, D., Mayer, D. K., Knafl, K., & Pusic, A. (2010). Not What I Expected: Informational Needs of Women Undergoing Breast Surgery. *Plastic Surgical Nursing*, 30(2), 70–74. <https://doi.org/10.1097/PSN.0B013E3181DEE9A4>
195. Spencer, K. W. (1994). Selection and Preoperative Preparation of Plastic Surgery Patients. *Nursing Clinics of North America*, 29(4), 697–710. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)02256-3](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02256-3)
196. Stuerz, K., Piza, H., & Kinzl, J. F. (2013). The Impact of Abdominoplasty After Massive Weight Loss. *Annals of Plastic Surgery*, 71(5), 547–549.
197. Sütçü, E. (2022). Ortaöğretimde Sağlık Konusunun Program, Öğretmen ve Öğrenci Açısından İncelenmesi.
198. Tamer, G. (2018). Özel Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Talebini Etkileyen Demografik Özellikler: Estetik Tıp Merkezleri Örneği. *International Journal Entrepreneurship and Management Inquiries Dergisi*, 2(3), 91–105.
199. The Macat Team. (2017). *An Analysis of William James's The Principles of Psychology* (1st ed.). Macat Library. <https://doi.org/10.4324/9781912282494>
200. Türkay, İ. K. (2021). Investigation of Social Appearance Anxiety Levels of Physical Education and Teaching, Coaching Education and Sports Management Department Students in Terms of Different Variables. *Journal of Educational Issues*, 7(2), 455–472. <https://doi.org/10.5296/jei.v7i2.19296>
201. Türkoğlu, A. (21 C.E.). İri Memelerde Superomediya Pediküllü Meme Küçültme Yaklaşımı ve Tekniğin Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi.
202. Türkoğlu, M. (2021). Abdominoplasti Operasyonu Sonrası İntravenöz İbuprofen Kullanımının Postoperatif Ağrı ve Opioid Tüketimi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi.
203. Ünal, N. (2014). Planlı ve Plansız Ortopedi Ameliyatlarının Hastaların Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Durumluk Kaygıları Üzerine Etkisi.

204. Ünsal Barlas, G., Karaca, S., Nevin, O., Öz, Y. C., Gürkan, A., Işık, I., & Sümeli, F. (2014). Estetik Cerrahi Hastalarında Beden İmajı, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Depresyon. *Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 22(3), 108–113.
205. Uroskie, T. W., & Colen, L. B. (2004). History of Breast Reconstruction. *Seminars in Plastic Surgery*, 18(2), 65–69. <https://doi.org/10.1055/S-2004-829040>
206. Varacallo, M., & Al-Dhahir, M. A. (2018). Anatomy, Anterolateral Abdominal Wall Muscles. *StatPearls*.
207. Vidal, P., Berner, J. E., & Will, P. A. (2017). Managing Complications in Abdominoplasty: A Literature Review. *Archives of Plastic Surgery*, 44, 457–468.
208. Vitug, A. F., & Newman, L. A. (2007). Complications in Breast Surgery. *Surgical Clinics of North America*, 87(2), 431–451. <https://doi.org/10.1016/J.SUC.2007.01.005>
209. Walker, J. A. (2007). What Is The Effect of Preoperative Information on Patient Satisfaction? *British Journal of Nursing*, 16(1), 27–32. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.1.22712>
210. Wang, X., Ling, L., Su, H., Cheng, J., Jin, L., & Sun, Y.-H. (2014). Self-concept of Left-Behind Children in China: A Systematic Review of the Literature. *Child:Care, Health and Development*, 41(3), 346–355.
211. White, E. K., & Warren, C. S. (2014). The Influence of Social Anxiety on the Body Checking Behaviors of Female College Students. *Body Image*, 11(4), 458–463.
212. Winocour, J., Gupta, V., Roberto Ramirez, J., Bruce Shack, R., Grotting, J. C., & Kye Higdon, K. (2015). Abdominoplasty: Risk Factors, Complication Rates, and Safety of Combined Procedures. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(5), 597e–606e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001700>
213. Wong, R., Geyer, S., Weninger, W., Guimberteau, J. C., & Wong, J. K. (2015). The dynamic anatomy and patterning of skin. *Experimental Dermatology*, 25(2), 92–98. <https://doi.org/10.1111/EXD.12832>
214. Wu, Y., Alleva, J. M., & Mulkens, S. (2020). Factor Analysis and Psychometric Properties of the Chinese Translation of the Acceptance of Cosmetic Surgery Scale. *Body Image*, 33, 244–256.
215. Wysocki, W. M., Libondi, G., & Juszczak, A. (2020). Surgical anatomy of the breast revisited. *Nowotwory Journal of Oncology*, 70(1), 26–28. <https://doi.org/10.5603/NJO.2020.0005>
216. Yıldırım, N., Çiftçi, B., & Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Verme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, 14(1), 217–230.
217. Yıldız, M. A., & Baytemir, K. (2016). Evli Bireylerde Evlilik Doyumu ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Benlik Saygısının Aracılığı. *İnönü*

218. Yılmaz Gören, Ş. (2009). Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Preop ve Postop Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi.
219. Yılmaz Gören, Ş. (2016). Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi. MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(2), 61–73.
220. Yorulmaz, M., & Kurutçu, Ş. (2019). Vücut Algısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı İlişkisinin İncelenmesi. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 2(6), 195–208.



8. EKLER

EK-1: Mamoplasti ve Abdominoplasti Operasyonu Planlanan Hastalara İlişkin

Tanıtıcı Bilgi Formu

Form No:

Tarih:/...../20.....

Değerli katılımcı;

Bu araştırmaya katılımınız ile abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olmak isteyen hastalara verilen danışmanlık hizmetinin ve hastaların ameliyat öncesi dönemde aldığı hemşirelik bakımının niteliğinin geliştirilmesine katkı sağlayacaksınız. İsim belirtilmeksizin, araştırmadan elde edilen veriler sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Sorulara size en uygun şekilde ve içtenlikle cevap vermeniz, araştırmanın sağlıklı ve doğru sonuçlar vermesi açısından çok önemlidir. Soruları okuduktan sonra sizin için en uygun seçeneğin önünde olan kutucuğa (X) işareti koyunuz. Lütfen 21. Soru (son soru) hariç her soruya mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. Katkınız ve katılımınız için teşekkür ederiz.

I. BÖLÜM: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşınızdasınız? ☐ 18-24 yaş ☐ 25-40 yaş ☐ 41 ve üzeri	2. Boyunuz ve kilonuz? Boy cm Kilo kg
3. Mesleğiniz nedir? (Lütfen Belirtiniz)	4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
5. Aylık gelir miktarınız nedir? ☐ 2,300 TL'nin altında ☐ 2,300 TL-3500 TL arasında ☐ 3500 TL-5000 TL arasında ☐ 5000 TL'nin üstünde	6. Gelir-gider durumunuzu nasıl tanımlarsınız? ☐ Gelirim giderime eşit ☐ Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderimden fazla

7.Medeni durumunuz nedir? ☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Dul/Boşanmış	8. Eşiniz ya da birliktelik yaşadığınız partnerinizle olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız? ☐ Olumlu ☐ Olumsuz
9.Çocuğunuz var mı? ☐ Evet.....tane çocuk ☐ Hayır	10.Hayatınızı çoğunlukla nerede geçirdiniz? ☐ Köy/Kasaba ☐ Şehir/Kent ☐ Büyükşehir/Metropol
11. Eğitim durumunuz nedir? ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü	12. Eşiniz ya da birliktelik yaşadığınız partnerinizin eğitim durumu nedir? ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
13. Eşiniz ya da birliktelik yaşadığınız partneriniz kaç yaşındadır? ☐ 18-24 yaş ☐ 25-30 yaş ☐ 30-40 yaş ☐ 41 ve üzeri	
II. BÖLÜM: SAĞLIK VE AMELİYATA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER	
14. Kronik bir rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır Evet ise belirtiniz.....	15. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? ☐ Evet ☐ Hayır Evet ise, ilacın cinsel hayatınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
16.Bedeninizi çoğunlukla nasıl algıyorsunuz? ☐ Olumlu algıları	17.Bedeninizi başkalarının çoğunlukla nasıl algıladığını düşünürsünüz? ☐ Olumlu algıladıklarını düşünürüm

☐ Olumsuz algılarım ☐ Diğer.....	☐ Olumsuz algıladıklarını düşünürüm ☐ Diğer.....
18.Başkalarının bedeninizi nasıl algıladığı sizin için önemli midir? ☐ Önemlidir ☐ Önemli değildir ☐ Diğer.....	19. Daha önce ameliyat oldunuz mu? ☐ Oldum ☐ Olmadım Ameliyat olduysanız, amacı ve tipi nedir? ☐ Estetik amaçlı..... ☐ Hastalık/sağlık sorunu nedeniyle.....
20.Şimdiki estetik ameliyat türü nedir? ☐ Abdominoplasti ☐ Meme büyütme ☐ Meme küçültme ☐ Meme dikleştirme ☐ Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu ☐ Diğer.....	21. Ameliyat kararını vermenizde kimin/kimlerin etkisi oldu? (Birden fazla cevap verebilirsiniz) ☐ Kendim karar verdim ☐ Doktorumun etkisi oldu ☐ Eşimin/partnerimin etkisi oldu ☐ Çocuğum/çocuklarımin etkisi oldu ☐ Arkadaşım/arkadaşlarımin etkisi oldu ☐ Diğer.....

EK-2: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Form No:

Tarih:/...../20.....

Her bir ifadeyi okuduktan sonra sizin için en uygun seçeneğin önündeki kutucuğa (X) işareti koyunuz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- ☐ Çok Doğru
- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış
- ☐ Çok Yanlış

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- ☐ Çok Doğru
- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış
- ☐ Çok Yanlış

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- ☐ Çok Doğru
- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış
- ☐ Çok Yanlış

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

- ☐ Çok Doğru
- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış
- ☐ Çok Yanlış

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- ☐ Çok Doğru
- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

☐ Çok Yanlış

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

☐ Çok Doğru

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Çok Yanlış

7. Genel olarak kendimden memnunum.

☐ Çok Doğru

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Çok Yanlış

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

☐ Çok Doğru

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Çok Yanlış

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

☐ Çok Doğru

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Çok Yanlış

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

☐ Çok Doğru

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Çok Yanlış

EK-3: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği**Form No:****Tarih:/...../20.....**

Her bir ifadenin karşısına sizin için uygun olan uygunluk derecesinin altına gelecek biçimde (X) işareti koyunuz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim					
Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim					
İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim					
Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim					
İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım.					
Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.					

İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim					
Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.					
Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.					
İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					



EK-4: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

Form No:

Tarih:/...../20.....

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi soruları cinsel yaşamınızla ilgili olup son 4 haftalık süreye aittir. Lütfen aşağıdaki soruları okuduktan sonra sizin için uygun seçeneğin önündeki numarayı yuvarlak (O) içine alınız. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.

Aşağıdaki soruları cevaplarken bazı terimlerin anlamı şu şekildedir:

Cinsel aktivite: Okşama, cinsel oyunlar, mastürbasyon ve vajinal ilişkiyi kapsayan durumları

Cinsel ilişki/birleşme: Vajinaya penisin girişi (penil penetrasyonu)

Cinsel uyarı: Partnerinizle olan cinsel oyunlar, kendi kendinizi uyarmanız (mastürbasyon) veya cinsel fantezileri anlatmaktadır.

Cinsel istek veya cinsel ilgi: Cinsellikle ilgili şeyler yaşama isteği, partnerinizin cinsellikle ilgili davranışlarına karşılık verme isteği ve cinsellikle ilgili düşünmek veya fanteziler kurmak anlamına gelmektedir.

Cinsel uyarılma/tahrik, cinsel heyecanı; bedensel ve zihinsel yönlerin her ikisi için birlikte hissetmektir. Cinsel bölgelerde sıcaklık hissi veya ürperti, lubrikasyon (kayganlaşma-ıslaklık) veya kas kasılmaları olması durumudur.

➤ Son 4 hafta boyunca, ne sıklıkta cinsel istek veya ilgi hissettiniz?

5. hemen hemen her zaman veya her zaman
4. çoğu zaman (%50'den fazla)
3. bazen (%50 kadar)
2. bir kaç kez (%50'den daha az)
1. hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

➤ Son 4 hafta boyunca, cinsel istek veya ilgi düzeyiniz nasıldı?

5. çok yüksek

4. yüksek
3. orta
2. düşük
1. çok düşük veya hiç

- Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında kendinizi ne sıklıkla cinsel yönden tahrik olmuş/uyarılmış hissettiniz?

0. cinsel aktivitem olmadı
5. hemen hemen her zaman veya her zaman
4. çoğu zaman (%50'den fazla)
3. bazen (%50 kadar)
2. bir kaç kez (%50'den az)
1. hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

- Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında cinsel yönden tahrik olma/uyarılma düzeyiniz nasıldı?

0. cinsel aktivitem olmadı
5. çok yüksek
4. yüksek
3. orta
2. düşük
1. çok düşük veya hiç

- Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında cinsel olarak tahrik olma konusunda kendinizden ne kadar emindiniz?

0. cinsel aktivitem olmadı
5. çok yüksek derecede kendimden emindim
4. yüksek derecede kendimden emindim
3. orta derecede kendimden emindim
2. düşük derecede kendimden emindim
1. çok düşük derecede kendimden emindim veya kendimden emin değildim

- Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında tahrik olma/uyarılma durumunuzdan ne sıklıkla memnun oldunuz?

0. cinsel aktivitem olmadı
5. hemen hemen her zaman veya her zaman
4. çoğu zaman (%50'den fazla)
3. bazen (%50 kadar)
2. bir kaç kez (%50'den az)
1. hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

- Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu ne sıklıkla gerçekleşti?

0. cinsel aktivitem olmadı
5. hemen hemen her zaman veya her zaman
4. çoğu zaman (%50'den fazla)
3. bazen (%50 kadar)
2. bir kaç kez (%50'den az)
1. hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

- Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu oluşması ne kadar zor oldu?

- 0.cinsel aktivitem olmadı
1. aşırı derecede zordu veya imkansızdı
2. çok zordu
3. zordu
4. oldukça zordu
5. zor değildi

- Son 4 hafta boyunca, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar ne sıklıkla sürdürebildiniz?

- 0.cinsel aktivitem olmadı
5. hemen hemen her zaman veya her zaman
4. çoğu zaman (%50'den fazla)
3. bazen (%50 kadar)
2. Bir kaç kez (%50'den az)
1. hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

- Son 4 hafta boyunca, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar korumanız ne kadar zor oldu?

0. cinsel aktivitem olmadı

1. aşırı derecede zordu veya imkansızdı
2. çok zordu
3. zordu
4. oldukça zordu
5. zor değildi

➤ Son 4 hafta boyunca, cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede, ne sıklıkla orgazma ulaştınız?

0. cinsel aktivitem olmadı
5. hemen hemen her zaman veya her zaman
4. çoğu zaman (%50'den fazla)
3. bazen (%50 kadar)
2. bir kaç kez (%50'den az)
1. hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

➤ Son 4 hafta boyunca, cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede, orgazma ulaşmanız ne kadar zor oldu?

0. cinsel aktivitem olmadı
1. aşırı derecede zordu veya imkansızdı
2. çok zordu
3. zordu
4. oldukça zordu
5. zor değildi

➤ Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında orgazma ulaşma yeteneğiniz konusunda ne kadar memnun oldunuz?

0. cinsel aktivitem olmadı
5. çok memnun oldum
4. orta derecede memnun oldum
3. hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım
2. orta derecede memnun olmadım
1. hiç memnun olmadım

➤ Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite sırasında siz ve partneriniz arasında yaşanan duygusallık düzeyi konusunda ne kadar memnun oldunuz?

0. cinsel aktivitem olmadı
5. çok memnun oldum
4. orta derecede memnun oldum
3. hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım
2. orta derecede memnun olmadım

1. hiç memnun olmadım

- Son 4 hafta boyunca, partneriniz ile olan cinsel ilişkinizden ne kadar memnun oldunuz?

5. çok memnun oldum

4. orta derecede memnun oldum

3. hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım

2. orta derecede memnun olmadım

1. hiç memnun olmadım

- Son 4 hafta boyunca, genel olarak tüm cinsel yaşamınızdan ne kadar memnun oldunuz?

5. çok memnun oldum

4. orta derecede memnun oldum

3. hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım

2. orta derecede memnun olmadım

1. hiç memnun olmadım

- Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık veya ağrı yaşadınız?

0. cinsel birleşme girişimim olmadı

1. hemen hemen her zaman veya her zaman

2. çoğu zaman (%50'den fazla)

3. bazen (%50 kadar)

4. bir kaç kez (%50'den az)

5. hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

- Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sonrasında ne sıklıkla rahatsızlık veya ağrı yaşadınız?

0. cinsel birleşme girişimim olmadı

1. hemen hemen her zaman veya her zaman

2. çoğu zaman (%50'den fazla)

3. bazen (%50 kadar)

4. bir kaç kez (%50'den az)

5. hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

- Son 4 hafta boyunca, rahatsızlık veya ağrı seviyeniz (dereceniz) nasıldı?

0. cinsel birleşme girişimim olmadı
1. vajinal birleşme sırasında veya sonrasında çok yüksekti
2. yüksekti
3. Orta derecedeydi
4. düşüktü
5. çok düşüktü veya hiç yoktu



GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, sosyodemografik özelliklerinize ve ameliyata ilişkin tanıtıcı özelliklerinize göre ameliyat öncesindeki ve taburcu olduktan 1 ay sonrasındaki benlik saygınız, sosyal görünüş kaygınız ve cinsel fonksiyonlarınızı karşılaştırmak ve bunlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden yaş, medeni durum, meslek gibi çeşitli bireysel özellikleriniz ve daha önce ameliyat olma durumu, bu ameliyatı olma nedeniniz gibi ameliyat ile ilişkili tanıtıcı 25 sorudan oluşan anket formuna cevap vermeniz istenecektir. Anket formunun uygulanma süresi yaklaşık olarak 2-4 dk'dır. Anket formunda kimlik bilgileriniz (isim-soyisim, kimlik numarası vb.) sorgulanmamaktadır.

Anket formunu doldurduktan sonra kendinize olan saygınızı, sosyal görünüşünüzden duyduğunuz kaygı düzeyini ve cinsel fonksiyonlarınızı nasıl algıladığınızın sorgulandığı 10 sorudan oluşan Rosenberg Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği, 16 sorudan oluşan Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ve 19 sorudan oluşan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi isimli ölçekleri doldurmanız istenecektir. Anket formu ve 3 ölçeğin uygulanma süresi ortalama olarak 18 dk'dır. Aynı ölçeklere hastaneden taburcu olduktan 1 ay sonra tekrar cevap vermeniz istenerek sonuçlar karşılaştırılacaktır. Size ait tüm bilgiler gizli tutularak sadece bu çalışmada kullanılacak olup, farklı bir araştırma ya da uygulamada kullanılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılarak; sizden sonra abdominoplasti ve/veya mamoplasti ameliyatı olmaya karar veren hastalara daha iyi danışmanlık yapılmasının sağlanması, hastaların ameliyattan sonra karşılaşılabilecekleri durumların bilincinde olmasının sağlanarak doğru beklentiler içerisinde ameliyat olma kararlarını daha sağlıklı bir şekilde almalarına yardımcı olunmasına katkı sağlayacağınız düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkür ederim.

Hem. İrem ERCAN

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMUNU OKUDUM, BİLGİLER HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. YAPILMIŞ OLAN TÜM AÇIKLAMALARI AYRINTILARIYLA ANLAMIŞ BULUNMAKTAYIM. KENDİ BAŞIMA BELLİ BİR DÜŞÜNME SÜRESİ SONUNDA BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN BÜYÜK BİR MEMNUNİYET VE GÖNÜLLÜLÜK İÇERİSİNDE KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

GÖNÜLLÜNÜN;

Adı – Soyadı _____

İmzası _____

Tarih: ____ / ____ / ____

**AÇIKLAMALARI YAPAN
ARAŞTIRMACININ;**

Adı – Soyadı _____

İmzası _____

Tarih: ____ / ____ / ____

ŞAHİDİN;

Adı – Soyadı _____

İmzası _____

Tarih: ____ / ____ / ____

EK-6: Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sayı : 37068608-6100-15- 1972

08/10/2020

Konu: Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başvurusu hk.

İlgili Makama (İrem Ercan)

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doç. Dr. Filiz Arslan'ın sorumlu araştırmacı olduğu "**Abdominoplasti ve Mamoplasti Operasyonu Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi ve Taburculuk Sonrası Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Cinsel Fonksiyonlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**" isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası (1960) kayıtlı Numaralı KAEK Başvuru Dosyası, Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından **07.10.2020** tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isim belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. (**KAEK Karar No:1297**)

Prof. Dr. Turgay Çelik

Yeditepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İrem	Soyadı	Yazar
-----	------	--------	-------

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halen
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2019
Lise	-	Marmaris Profesyonel İlgim Koleji	2014

Bildiği Yabancı Dilleri	Yabancı Dil Sınav Notu
İngilizce	-

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Klinik Eğitim Hemşiresi, Karma Cerrahi Servisi	Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Hastanesi	10.20-04.21
Staff Hemşire, Karma Cerrahi Servisi	Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Hastanesi	07.19-10.20
Intern Hemşire, Karma Cerrahi Servisi	Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Hastanesi	02.19-07.19

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office (Word, Excel, PowerPoint)	Çok iyi
SPSS V25	İyi

Diğer (Alınan Eğitim/Sertifika Bilgileri)

Hemşirelikte Geleceğin Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi (Kasım, 2018)
Nöroşirurji Hemşireliği Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi İhtisas Hastanesi (Kasım, 2018)
ASUMA, Çocuk İstismarında Multi disiplinler Yaklaşım ve Hemşireliğin Rolü Etkinliği, Acıbadem Üniversitesi (Nisan, 2018)
Diyabette Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi (Mart, 2017)
Aktif Müzik Terapisi, Yeditepe Üniversitesi (Aralık, 2016)
15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (Nisan, 2016)
TMI, Acil Serviste Bir Cuma Gecesi, Yeditepe Üniversitesi (Aralık, 2015)