MEME KANSERİ NEDENİYLE KORUYUCU CERRAHİ YAPILMIŞ HASTALARDA CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOSOSYAL UYUM

Hanım Bozkurt
171502111
Orcid: 0000-0001-7915-4659

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Tezimde danışmanlık yapan Sayın Dr. Öğr.Üyesi Şenay Öztürk'e,

Eğitimim sırasında desteklerini esirgemeyen değerli hocalarıma ve kıymetli arkadaşlarıma,

Tüm yaşamım boyunca maddi ve manevi desteklerini hep hissettiren, daima yanımda olan canım annem Raziye Bilirgen`e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her daim yanımda olup sonsuz desteklerini sunan sevgili eşim Cihan Bozkurt`a,

Araştırmama katılmayı kabul ederek çalışmamda yer alan hastalarıma içtenlikle teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Hanım Bozkurt

Eylül, 2021

ÖZ

MEME KANSERİ NEDENİYLE KORUYUCU CERRAHİ YAPILMIŞ HASTALARDA CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOSOSYAL UYUM

Hanım Bozkurt
Yüksek Lisans Tezi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2021

Bu araştırma, meme kanseri nedeniyle Meme Koruyucu Cerrahi (MKC) olmuş kadınların cinsel yaşam kalitelerini ve hastalığa psikososyal uyumlarını ölçmek amacıyla 2018-2020 yılları arasında Göztepe Prof. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin cerrahi servislerinde meme kanseri tanısı alıp koruyucu cerrahi geçiren 18-65 yaş aralığında toplam 121 kadın ile yapılmıştır. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği (PAIS-SR) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K) aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma bulguları, hastalığa psikososyal uyumu kötü ve orta seviyede olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin hastalığa psikososyal uyumu iyi seviyede olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Hastalığa psikososyal uyum ve cinsel yaşam kalitesinin birtakım sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmasının yanı sıra hem radyoterapi hem de kemoterapi almanın hastalığa psikososyal uyumu düşürdüğü ve cinsel yaşam kalitesini arttırdığı; 1-3 kür kemoterapi alan kadınların sağlık bakımına oryantasyonlarının 4-7 kür terapi alan kadınlara kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Meme Kanseri, Koruyucu Cerrahi, Cinsel Yaşam Kalitesi, Psikososyal Uyum.

ABSTRACT

SEXUAL QUALITY OF LIFE AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN PATIENTS UNDERGOING PREVENTIVE SURGERY FOR BREAST CANCER

Hanım Bozkurt
Master Thesis
Department of Nursing
Surgical Diseases Nursing Programme
Advisor: Asst. Prof. Şenay Öztürk
Maltepe University, Graduate School, 2021

This research was conducted by Göztepe Prof.Dr. between 2018 and 2020 in order to measure the sexual quality of life and psychosocial adjustment to the disease of women who had Breast-Conserving Surgery (BCS) due to breast cancer. The study was conducted with a total of 121 women between the ages of 18-65 who were diagnosed with breast cancer and underwent preventive surgery in the surgical wards of Süleyman Yalçın City Hospital. Research data were collected through Personal Information Form, Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR), and Sexual Life Quality Questionnaire (SLQQ). The research findings showed that the sexual life quality of women with poor and moderate psychosocial adjustment to the disease was higher than that of women with good psychosocial adjustment to the disease. Psychosocial adjustment to the disease and the differentiation of sexual life quality according to some socio-demographic characteristics, as well as receiving both radiotherapy and chemotherapy reduced psychosocial adjustment to the disease and increased the quality of sexual life; It was observed that women who received 1-3 cycles of chemotherapy had lower health care orientation than women who received 4-7 cycles of therapy.

Keywords: Breast Cancer, Conserving Surgery, Sexual Life Quality, Psychosocial Adjustment.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ ix
KISALTMALAR x
ÖZGEÇMİŞ xi
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Problem 1
1.2. Amaç 4
1.3. Sınırlılıklar 5
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. Memenin Özellikleri 6
2.1.1. Memenin Anatomisi, Gelişimi ve Değişimi 6
2.2. Kanser 7
2.3. Meme Kanseri 8
2.4. Meme Kanserinin Etiyolojisi 8
2.4.1. Genetik (Değiştirilemeyen) Risk Faktörleri 9
2.4.2. Yaşam Tarzıyla İlgili (Değiştirilebilen) Risk Faktörleri 10
2.5. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi 11
2.6. Meme Kanserinde Koruyucu Faktörler 12
2.7. Meme Kanserinin Belirtileri 12
2.8. Meme Kanseri Tanısında Kullanılan Yöntemler 13
2.8.1. Mamografi 13
2.8.2. Tanıda Kullanılan Diğer Yöntemler 14
2.9. Kendi Kendine Meme Muayanesi (KKMM) 14
2.10. Meme Kanserinde Tedavi 15
2.11. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC) 16
2.12. Meme Kanserinde Cinsel Yaşam 17
2.13. Meme Kanserinde Hastalığa Psikososyal Uyum 18
2.14. Destekleyici Hemşirelik Girişimlerinin Cinsel Yaşam Kalitesinin ve Hastalığa Psikososyal Uyum Açısından Önemi 19
BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. Araştırmanın Modeli 21

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Grubu 21
3.3. Veriler ve Toplanması 22
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 22
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu 23
BÖLÜM 4. BULGULAR 26
4.1. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması .. 30
4.2. Araştırma Değişkenlerinin Klinik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması 34
4.3. Değişkenler Arası Korelasyon Sonuçları 39
4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum Seviyesi ve Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki 41
BÖLÜM 5. TARTIŞMA 43
BÖLÜM 6. SONUÇ 53
6.1. Özet 53
6.2. Yargı 54
6.3. Öneriler 55
EKLER 57
EK-1 57
KİŞİSEL BİLGİ FORMU 57
EK 2CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 59
EK 3Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) 61
EK 4T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı 75
EK 5T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onayı 76
EK 6İstanbul Göztepe Prof. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Araştırma İzin Onayı .. 77
EK 7Bilgilendirilmiş Onam Formu 78
KAYNAKÇA 80

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Kadınların Demografik Değişkenlerine Ait Betimsel Bulgular 27

Tablo 2. Kadınların Klinik Özelliklerine Ait Betimsel Bulgular..... 29

Tablo 3. Cinsel Yaşam Kalitesi ve Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma ile Basıklık ve Çarpıklık Değerleri .. 30

Tablo 4. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması 31

Tablo 5. Araştırma Değişkenlerinin Klinik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması .. 35

Tablo 6. Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri 40

Tablo 7. Kadınların Psikososyal Uyum Seviyesinin Cinsel Yaşam Kalitesi ile İlişkisine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ile İlişkisi..... 41

KISALTMALAR

BM **:** Basit Mastektomi

CYK **:** Cinsel Yaşam Kalitesi

CYKÖ-K **:** Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-K

DCIS **:** Duktal Karsinom İn Situ

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

KKMM **:** Kendi Kendine Meme Muayenesi

LCIS **:** Lobüler Karsinom İn Situ

MKC **:** Meme Koruyucu Cerrahi

MRM **:** Modifiye Radikal Mastektomi

PAIS-SR **:** Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği-Öz Bildirim

RM **:** Radikal Mastektomi

VKİ **:** Vücut Kitle İndeksi

ÖZGEÇMİŞ

Hanım Bozkurt

Hemşirelik Anabilim Dalı

Eğitim

Yüksek Lisans	2021 Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Lisans	2011 Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
	2010 – 2011 Ankara Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Farabi Eğitim Programı- 4.sınıf
Lise	2007 Sandıklı Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

2020- Halen	Çalışan Sağlığı ve Hemovijilans Hemşiresi. Doğubayazıt Devlet Hastanesi
2019-2020	Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Hemşiresi. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
2016-2019	Yoğun Bakım Hemşiresi. İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
2011-2016	Ameliyathane Hemşiresi. Afyonkarahisar Emirdağ Devlet Hastanesi
2010-2011	İntörn Hemşire. Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesi

Sertifikalar

2018	Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası
2015	Uşak Üniversitesi Pedagojik Formasyon Eğitimi sertifkası
2013	Toros Üniversitesi Aile Danışmanlığı Sertifikası
2009	Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sepozyumu
2008	Bilinçsiz Hasta Bakımı ve Hava yolu Uygulamaları Eğitim Semineri
2008	Zaman Yönetimi ve Beden Dili Semineri
Eylül 2004	Milli Eğitim Bakanlığı Fono Mektupla Öğretim Kurumu İngilizce Sertifikası

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1. Problem

Kanser, çağımızın bilinen en önemli sağlık sorunlarından biri olup ölüm sebepleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra gelmektedir. Son verilere göre dünya genelinde ölümlerin %17'sini oluşturmaktadır (GBD, 2017 Sustainable Development Goals). Kanser yüksek oranda mortaliteye sebep olması dışında bıraktığı sekeller nedeniyle iş gücünde azalma ve dolayısı ile ülke ekonomisine ağır yüklere neden olmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2020).

Meme kanseri, meme dokusunun daha yoğun olması nedeniyle kadınlarda daha çok görülen bir kanser türüdür. Meme kanseri insidansı en yüksek üç kanser arasında yer almaktadır ve en yüksek ikinci ölüm nedeni olarak rapor edilmektedir. Dünya geneline bakıldığında, kadınlarda teşhis edilen her dört kanser vakasından biri meme kanseridir (DSÖ, 2020). Benzer şekilde Türkiye'de de kadınlarda görülen kanser vakalarında, meme kanseri %24,6'lık bir oranla ilk sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Meme kanserinde cinsiyetten (kadınlarda erkeklerden yüksek oranda daha fazla) sonra en önemli risk faktörü ise yaştır. Tüm kanser türleri içerisinden meme kanseri 25-49 yaş arasındaki kadınlarda %33,7 ile birinci sıradadır. 50-59 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri oranının %25,4, 70 yaş üzerinde %14,6 ve 15-24 yaş arasındaki kadınlarda %4,9 olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Meme kanserinin tedavisinde en önemli adım erken tanıdır. Dünyada henüz meme kanserinin kesin bir tedavisi olmamakla birlikte erken tanı ve modern tedavi yöntemlerinin kullanılması meme kanserinden ölümleri önlemede önemli bir adımdır. Erken saptanan meme kanserinin tedavisi kolaylıkla başarıya ulaşabilmektedir. Erken tanı için ülkemizde tarama programları bulunmakta ve bu program dahilinde; Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) yapılması için kadınlara danışmanlık yapılması, yılda bir Klinik Meme Muayenesi (KMM) yaptırması ve 40-69 yaş arasındakilerin iki yılda bir Mamografi (MMG) çektirmesi yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Meme kanserinde kullanılan tedavi yöntemleri iki ana başlıkta sınıflanmaktadır: lokal tedaviler ve sistematik tedaviler. Sistematik tedaviler, memenin dışına yayılmış kanser hücrelerini tedavi etmek amacıyla vücuda ilaç verilerek yapılmaktadır. Bunlar kemoterapi, hormonal terapi, hedefe yönelik ilaçlar ve immünoterapiyi içermektedir. Lokal tedaviler ise tümörün kendisini ortadan kaldırmayı amaçlayan tedavi yöntemleridir. Lokal tedaviler cerrahi yöntemler ve radyoterapi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu lokal tedavi yöntemleri birlikte veya ayrı ayrı uygulanabilmektedir (Aydıner ve Topuz, 2006).

Kullanılan cerrahi yöntemler meme koruyucu cerrahi ve mastektomidir. Her iki cerrahi yöntemin de bazı avantajları ve dezavantajları vardır. Cerrahi yöntemin asıl amacı memeyi korumak olsa da bazı durumlarda mastektomi yapılması en doğru tedavi yöntemidir (Ülger ve ark., 2014). Ancak mastektomi, kanser olmanın verdiği kaygının, korkunun ve kronik yorgunluğun yanında meme kaybı, beden imajının bozulması gibi birçok fiziksel ve psikolojik problemi de beraberinde getirmektedir (Aguilar-Cordero ve ark., 2015). Öte yandan, meme koruyucu cerrahi, tümör ile beraber etrafındaki sağlam dokunun bir bölümünün alınması (lumpektomi, tümörektomi, kadranektomi) ve bazı durumlarda ise ilave olarak başka girişimlerin yapılmasını sağlamaktadır. Memenin bütünlüğünü korumasına ve iyi bir görsellik sağlamasına imkân veren meme koruyucu cerrahi, kanser evresinin başlarında olan kanserli hastalarda sıklıkla uygulanmaktadır (Mathes ve Lang, 2006). Meme koruyucu cerrahi hastanın fiziksel problemlerini azaltmanın yanı sıra meme kaybından dolayı ortaya çıkan kadınlık imajının zedelenmesinin getirdiği olumsuz psikolojik faktörleri de bir nebze de olsa azaltmaktadır. Meme kanseri tanısı almış ve tedavi gören kadınların çok büyük çoğunluğunda stres, anksiyete, uykusuzluk ve depresyon görülmektedir. Bununla birlikte, meme kanseri tedavisi gören kadınların çok büyük çoğunluğunda sosyal izolasyon ve cinsel problemler görülmektedir (Ülger ve ark., 2014).

Bireyin vücut görünüşünü veya herhangi bir organındaki işlevini bozan ameliyatların başta yüz, göğüsler, genital uzuvları ve üreme organlarına uygulanan cerrahi işlemlerin kadının beden algısını, hayat kalitesini ve bireylerin cinsel hayatı üzerinde annelik, çekicilik kaybı ve beden görüntüsünde zedelenme, vajinal ağrı ve kuruluk hissetme, cinsel arzulama kaybı gibi cinsel yaşam kalitesini etkilemektedir (Telli ve Gürkan, 2020). Meme kanseri olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin

bozulması hem kanser tanısına bağlı hem de kemoterapi, radyoterapi gibi cerrahi sonrası uygulanan tedavilerden kaynaklı ortaya çıkabilmektedir (Gemalmaz ve Avşar, 2015). Meme kanseri olan bireylerde hastalığın tedavisi değerlendirilirken genellikle hastalığın yok edilmesi üzerine çalışılmasından ve hastalığın hızlı ilerlemesindeki zaman kısıtlılığından dolayı fizyolojik gereksinim olan cinsel yaşam kalitesinin yerine hastalığın primer semptomları üzerinde durulmakta, cinsel ihtiyacı ve bunun verdiği yaşam kalitesi göz ardı edilmektedir (Ertem ve ark., 2009). Meme kanserinde gelişen tedavilerle hayatı kurtarmanın yanı sıra hayatın anlamlılığını yaşam kalitesi için ayrılmaz bir bütündür (Aygün, 1995). Cinsellik alanında çalışmış olan kuramcılardan biri olan Freud, cinselliği "*yaşam*" olarak tanımlamıştır ve cinsellik dürtüsünün iyi hissettirdiği için psikolojik dengeyi sağladığını düşünmektedir. Kişideki cinsel sorunların psikolojik sorunlara neden olduğunu belirtmiştir (Tuzcuoğlu, 1995).

Meme kanseri hastaları sosyal ortamlardan uzaklaşma, hayata kızgınlık, terk edilme, ölüm ve hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu, gelecek belirsizliği, öfke ve umutsuzluk gibi birçok hayatını etkileyen psikolojik durumlarla karşılaşmaktadır (Gemalmaz ve Avşar, 2015; Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Bireyle birlikte bu psikolojik durumlardan öncelikle eş başta olmakla üzere diğer aile bireyleri ve arkadaşları da bu süreçten etkilenmektedir (Kroenke ve ark., 2017). Meme kanseri hastaları ev ve sosyal hayatı ile ilgili görev ve sorumluluklarını yerine getirirken ağrı ve yorgunluk hissetmektedir (Brearley ve ark., 2011). Bu sebeple daha önce kendisinin tek başına yapabildiği ev işleri, yemek yapma, evin düzenlenmesi, iş hayatının kontrolünü sağlama ve kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılama gibi günlük yaşam aktiviteleri yapamamaktadır (Gemalmaz ve Avşar, 2015). Kanser tanısının verdiği ilk şok ile öncelikle partneri ve diğer kişiler arasındaki iletişim ve karşılaşılan tepki değişimlerine de sebep olabilmektedir. Kadınlar birlikte olduğu kişilerle ilişkilerinin de bozulacağını ve partnerleriyle duygu nitelikli ilişkilerinin biteceği korkusu ve endişesi de yaşayabilmektedir (Rodrigues Guedes ve ark., 2018). Bu yüzden fiziksel etkilenmenin yanı sıra psikolojik olarak da olumsuz etkilenmektedirler (Gemalmaz ve Avşar, 2015; Rodrigues Guedes ve ark., 2018).

Kanser tedavisinde ruhsal destek ve rehabilitasyon ihtiyacı, süreçteki iş gücü ve maliyeti artırdığı gibi kadınların yaşam kalitesini de düşürmektedir (Bağ, 2013). Bu ihtiyaç beraberinde kanser olan hastaların uzun bir süreçte takip edilmesinin, tedavi ve

bakım verilmesinin gerekliliğinin altını çizmektedir (Bağ, 2013). Kanser tedavisi ve bakımında yurt dışında belirlenen uzun süreli kaliteli yaşam için planlanan yönergeler olsa da ülkemizde henüz problemin belirlenme aşamasında olduğu için yeterli düzeyde gelişmemiştir (Bağ, 2013). Benzer şekilde, yurt dışında yapılan meme kanseri tedavisinde, hastalara sağlık çalışanları tarafından verilen psikolojik destek, tedavi rutininde yer almaktayken, ülkemizde henüz psikososyal uyumu arttırmaya yönelik tedavi girişimleri sınırlıdır. Meme kanseri tanısı almış hastaların yaşadığı psikolojik problemleri iyi belirlemek ve sağlık çalışanlarının bu problemleri iyileştirmeye yönelik girişimlerde bulunması, hastalığın seyrinin iyileştirilmesi açısından önemlidir.

Meme kanserinde uygulanan cerrahi girişimler kapsamında memenin alınmasını içeren mastektominin, kadınlık ve cinselliğin sembolü olan bir organın kaybı nedeniyle kadında çekicilik duygusuna ve cinsel işlevlere zarar veren, travmatik bir yaşam deneyimi olduğu; meme koruyucu cerrahi ve meme rekonstrüksiyonunun ise bu bağlamda daha az zarar vereceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, meme koruyucu cerrahisi yapılmış kadınların cinsel yaşam kalitesini ve psikososyal uyumlarını değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Meme koruyucu cerrahi olmuş kadınların cinsel yaşam kalitesi ve psikososyal uyumlarının belirlenmesinin, tedavi sürecinde hemşireler tarafından uygulanabilecek psikolojik destek programlarının içeriğinin belirlenmesinde önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir.

1.2. Amaç

Bu araştırmanın amacı meme kanseri nedeniyle koruyucu cerrahi yapılmış kadınların cinsel yaşam kalitesini ve hastalığa psikososyal uyumunu belirlemektir. Bu araştırmada aşağıda yer alan sorulara cevap aranmaktadır:

1. Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi olan kadınların cinsel yaşam kaliteleri nasıldır?
2. Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi olan kadınların hastalığa psikososyal uyumları sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
3. Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi olan kadınların cinsel yaşam kaliteleri ile hastalığa psikososyal uyumları arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Sınırlılıklar

Bu araştırma, 2018- 2020 yılları arasında Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde meme kanseri tanısı alan ve koruyucu cerrahi geçiren hastalardan alınan veriler ile sınırlıdır.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Özellikleri

Memeler, ön göğüs duvarında bulunan özelleşmiş organlardır. Kadın memesi erkek memeden daha gelişmiştir çünkü birincil işlevi bebeğin beslenmesi için süt üretmektir. Ergenlik döneminde, östrojen hormonu büyüme hormonu ile birlikte, kadınlarda (insanlarda) diğer dişi primatlara kıyasla daha fazla meme gelişimine neden olmaktadır. Diğer primat dişilerde meme gelişimi genellikle sadece hamilelik dönemi ile ortaya çıkar. Subkütan yağ, meme ucunda yakınlaşan bir kanal ağını örter ve sarar ve bu dokular memeye boyutunu ve şeklini verir. Kanalların ucunda, hormonal sinyallere yanıt olarak sütün üretildiği ve depolandığı lobüller veya alveol kümeleri bulunmaktadır. Süt sekresyonu yeni doğan için hayati önem taşımaktadır. İnsan memesinde ergenlik ve olgunlaşma sırasında büyüyen ve gelişen birçok bez vardır. Östrojen ve progesteron gibi kadınlık hormonları, özellikle hamilelik ve adet döngüsü sırasında memede meydana gelen büyümeyi ve değişiklikleri teşvik etmek için oldukça önem taşımaktadır. Kadınların göğüslerinin normal anatomisini ve işlevini anlamak önemlidir, böylece herhangi bir anormallik tespit edilebilir ve tedavi edilebilir hale gelir.

2.1.1. Memenin Anatomisi, Gelişimi ve Değişimi

Kadınlarda memeler pektoralis majör kaslarını örter ve genellikle ikinci kaburga seviyesinden insan göğüs kafesinin önündeki altıncı kaburga seviyesine kadar uzanır; böylece memeler göğüs bölgesinin ve göğüs duvarlarının çoğunu kaplar. Meme bezi olarak meme, ağırlıklı olarak iki tip olan farklı doku katmanlarından oluşur: yağ dokusu ve göğüslerin laktasyon fonksiyonlarını etkileyen glandüler doku (Grimsey, 2011).

Meme, deri, derialtı yağ dokusu ve meme dokusu olmak üzere üç kısımdan oluşur. Parankima dokusu memenin esas grandüler dokusudur, yağ dokusu ve fibröz dokusu ise yardımcı dokulardır.

İnsan memesi parankimal ve stromal elementlerden oluşmaktadır. Parankim, sonunda salgı akini gelişmesine yol açan bir dallanma kanalları sistemi oluşturur ve stroma temel olarak parankim gelişimi için ortam sağlayan yağ dokusundan oluşur.

Memenin bu yapı taşları insan gelişiminin embriyonik evresi kadar erken tanınır. Olgun bir meme bezi oluşturmak için ise epitel ile mezenkimin karşılıklı etkileşimi, hormonların da etkisiyle birlikte doğum öncesi gelişmiş temel yapının farklılaşmasına yol açar.

Memenin cinsel olarak dimorfik gelişimi ilk olarak ergenlik döneminde başlar ve önceki gelişim aşamalarının aksine, pubertal değişiklikler hormonların, özellikle östrojenin etkisi altındadır. Ergenlikte meydana gelen gözle görülebilir anatomik değişiklikler iyi tanımlanırken, ultra yapısal düzey daha az tanımlanabilmiştir.

2.2. Kanser

Kanser, vücudun diğer bölgelerine istila etme veya yayılma potansiyeli olan anormal hücre büyümesini içeren bir çeşit hastalıktır (DSÖ, 2020). Kanser hücreleri, yayılmayan iyi huylu tümörlerin aksi bir davranış sergilemektedir. Kanserin olası işaretleri ve semptomları arasında yumru, anormal kanama, uzun süreli öksürük, açıklanamayan kilo kaybı ve bağırsak hareketlerinde değişiklik bulunur. Bu belirtiler kanseri gösterebilirken, başka nedenleri de olabilir. Dünyada 100'den fazla kanser türünün insanları etkilediği bilinmektedir.

Küresel modeller, erkekler ve kadınlar için, yeni vakaların yaklaşık yarısının kanser vakası olduğunu ve 2018'de dünya çapında kanser ölümlerinin yarısından fazlasının Asya'da (kısmen bölgenin küresel nüfusun yaklaşık %60'ına sahip olması nedeniyle) meydana geldiğini göstermektedir. Avrupa, küresel kanser vakalarının %23,4'ünü ve kanser ölümlerinin %20,3'ünü oluşturtsa da küresel nüfusun sadece %9'una sahiptir. Amerika kıtası küresel nüfusun %13,3'üne sahiptir ve dünya genelinde insidansın %21'ini ve mortalitenin %14,4'ünü oluşturmaktadır (DSÖ, 2020). Benzer şekilde Türkiye'de de her 5 ölümden birinin sebebi kanserdir (Petrucelli ve ark., 2016). Diğer dünya bölgelerinin aksine, Asya ve Afrika'daki kanser yüzünden gerçekleşen ölüm oranları (sırasıyla %57,3 ve %7,3), genel ölüm vakalarından (sırasıyla %48,4 ve %5,8) daha yüksektir çünkü bu bölgelerde zamanında tanı ve tedaviye sınırlı erişime ek olarak, kötü prognoz ve daha yüksek mortalite oranları nedeniyle bazı kanser türleri daha sık görülmektedir. Akciğer, meme ve kolorektum kanserleri insidans açısından en önemli üç kanser türüdür ve bu kanser türleri mortalite açısından ilk beşte yer

almaktadır (sırasıyla birinci, beşinci ve ikinci). Bu üç kanser türü birlikte dünya çapında kanser insidansı ve mortalite yükünün üçte birinden sorumludur.

2.3. Meme Kanseri

Meme kanseri, meme dokusundan gelişen kanserdir. Meme kanseri belirtileri memede bir yumru, meme şeklinde bir değişiklik, cildin çukurlaşması, meme ucundan gelen sıvı, ters dönmüş bir meme başı veya kırmızı veya pullu bir cilt yamasını içerebilir. Hastalığın belirsiz yayılımı olan kişilerde kemik ağrısı, şişmiş lenf düğümleri, nefes darlığı veya ciltte sararma olabilir (GBD, 2017 Sustainable Development Goals).

Meme kanseri gelişimi için risk faktörleri arasında kadın olmak, obezite, fiziksel egzersiz eksikliği, alkol almak, menopoz sırasında hormon replasman tedavisi, iyonlaştırıcı radyasyon, ilk âdet kanamasının erken ya da geç yaşta olması, geç ya da hiç çocuk sahibi olmamak, yaşlılık ve ailede kanser ya da meme kanseri öyküsü bulunması gibi faktörler yer almaktadır. Meme kanseri, en sık süt kanallarının astarından ve kanallara süt sağlayan lobüllerden hücrelerde gelişir. Kanallardan gelişen kanserler duktal karsinomlar olarak bilinirken, lobüllerden gelişen kanserler lobüler karsinomlar olarak bilinir. Ayrıca 18'den fazla meme kanseri alt türü vardır. Duktal karsinoma in situ gibi bazı kanserler pre-invaziv lezyonlardan gelişir. Meme kanseri tanısı, ilgili yumrudan biyopsi yapılarak doğrulanır. Tanı konulduktan sonra, kanserin memenin dışına yayılıp yayılmadığını ve hangi tedavilerin etkili olabileceğini belirlemek için daha fazla test yapılır.

2.4. Meme Kanserinin Etiyolojisi

Meme kanserinin olası nedenlerine baktığımızda, yapılan araştırmalar, meme kanseri riskini artırabilecek hormonal faktörler, yaşam tarzı ve çevresel faktörler gibi birçok etken olduğunu göstermektedir. Ancak, hiçbir risk faktörü olmayan bazı kişilerin neden kanser geliştirdiği halen bilinmemektedir. Meme kanserine genetik yapının ve çevrenin karmaşık bir etkileşiminin neden olabileceği düşünülmektedir (DSÖ, 2020). Meme kanseriyle ilgili başlıca risk faktörleri iki ana başlıkta sınıflanabilir: genetik (değiştirilemeyen) risk faktörleri ve yaşam tarzıyla ilgili (değiştirilebilen) risk faktörleri.

2.4.1. Genetik (Değiştirilemeyen) Risk Faktörleri

Meme kanserindeki başlıca risk faktörleri cinsiyet ve yaştır. Kadınlarda erkeklere göre 100 kat daha yaygındır ve yaşlanmayla birlikte meme kanseri riski artmaktadır.

Yapılan genetik çalışmaları, vakaların yaklaşık %5-10'unun kişinin ebeveynlerinden miras kalan genetiğinden kaynaklandığını göstermektedir. Özellikle BRCA1 ve BRCA2 genlerinde oluşan mutasyon meme kanseri vakalarında en sık görülen genetik risk faktörüdür (Petrucelli, Daly, Pal, 2016). Diğer önemli mutasyonlar arasında p53 (Li – Fraumeni sendromu), PTEN (Cowden sendromu) ve STK11 (Peutz – Jeghers sendromu), CHEK2, ATM, BRIP1 ve PALB2 yer almaktadır.

Bir diğer önemli risk faktörü ise ailede meme kanseri öyküsünün bulunmasıdır. Ailesinde (kız kardeşinde, kızında veya annesinde) meme kanseri bulunan kişilerin meme kanseri riski 2 kat artmaktadır (Henderson, 2015).

Diğer genetik yatkınlıklar meme dokusunun yoğunluğunu ve hormonal seviyelerini içerir. Yoğun meme dokusu olan kadınlarda tümör gelişme olasılığı daha yüksektir ve meme kanseri teşhisi daha az olasıdır çünkü yoğun doku tümörleri mamogramlarda daha az görünür hale getirir. Ayrıca, doğal olarak yüksek östrojen ve progesteron seviyelerine sahip kadınlar da tümör gelişimi için daha yüksek risk altındadır (DSÖ, 2020).

Menstrual sirkusa 12 yaşından önce girmek ve 55 yaşından sonra menopoza girmek de meme kanseri riskini arttırmaktadır. Hamile kalınan yaş da meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür. 30 yaşından sonra hamile kalan kadınların ve hiç hamile kalmayan kadınların meme kanseri olma riski daha fazladır (DSÖ, 2020).

Değiştirilemeyen risk faktörlerinden bir diğeri de kişinin kendi tıbbi geçmişiyle ilgilidir. Bir memede kanser olmuşsa, diğer memede kanser gelişme riski artmaktadır. Kanser geçmişi olmasa bile kişiye daha önce lobüler karsinomu in situ (LCIS) veya memenin atipik hiperplazisini bulan meme biyopsisi yapıldıysa, meme kanseri riski artmaktadır. 30 yaşından önce göğsüne veya göğüslerine (Hodgkin lenfoma tedavisi gibi) radyasyon tedavisi gören kadınların, daha sonra yaşamda meme kanseri olma riski daha yüksektir.

2.4.2. Yaşam Tarzıyla İlgili (Değiştirilebilen) Risk Faktörleri

Meme kanseriyle en çok ilişkili olan yaşam tarzıyla ilgili faktörler kilo ve alkol tüketimidir (GBD, 2017 Sustainable Development Goals). Yapılan çalışmalar, yetişkinlik döneminde hızla kilo alan kadınların meme kanseri riskinin çocukluğundan beri kilolu olan kadınlara kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, vücudun orta kısmında (bel bölgesinde) oluşan yağlanma, vücudun alt kısımlarındaki kilodan daha yüksek bir risk oluşturmaktadır: Bu durum da aslında kişinin yediği yiyeceklerin türünün vücut kitle indeksinden (VKİ) daha önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle menopozdan sonra aşırı kilo almak meme kanseri riskini arttırmaktadır. Menopozdan sonra östrojen yağ dokusundan yapılmaya başlanır, bu durum da menopozdan sonraki kilo alımının östrojen düzeyini arttırmasına sebep olmakta ve meme kanseri riskini arttırmaktadır. Aşırı kilo alımı ve obezite kadınlardaki insülin düzeyini de arttırmaktadır (Grimsey, 2011). Yükselen insülinin ve yüksek kolestrolün meme kanseri de dahil olmak üzere birçok kanser türüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Alkol tüketimi de meme kanseri riskini arttırmaktadır. Orta düzeyde hatta düşük düzeyde (haftada bir iki) alkol tüketmek bile meme kanseri riskini arttırmaktadır. Benzer şekilde sigara kullanımı da meme kanseri riskini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar uzun süreli sigara kullanımının meme kanseri riskini %35-50 oranında arttırdığını göstermektedir.

Yetersiz fiziksel egzersizin de meme kanseri vakalarının yaklaşık %10'uyla ilişkili olduğu bulunmuştur (GBD, 2017 Sustainable Development Goals).

Bir diğer risk faktörü ise doğum kontrol haplarının kullanımıyla ilişkilidir. Bazı doğum kontrol hapları kanser riskini arttırabilecek hormonları içermektedir. Yapılan çalışmalar hiç doğum kontrol hapı kullanmayan kadınların kullanan kadınlara kıyasla daha düşük risk grubunda olduklarını göstermiştir (Newcomb ve Wernli, 2010).

Diğer risk faktörleri arasında vardiyalı çalışma ve radyasyona maruz kalma yer almaktadır. Mamografiden gelen radyasyon düşük bir doz olmasına rağmen, 40 ila 80 yaşlarındaki yıllık taramanın taranan milyon kadın başına yaklaşık 225 ölümcül meme kanseri vakasına neden olacağı tahmin edilmektedir. Poliklorlu bifeniller, polisiklik

aromatik hidrokarbonlar ve organik çözücüler dahil olmak üzere bir dizi kimyasal da meme kanseriyle ilişkilendirilmektedir.

2.5. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Dünyada meme kanseri, kadınlarda en sık görülen invaziv kanserdir. Dünya genelinde kadınların %14'ünü etkilemektedir. (En yaygın kanser türü, invaziv olmayan melanom dışı cilt kanseridir; invaziv olmayan kanserler genellikle kolayca tedavi edilir, çok az ölüme neden olur ve rutin olarak kanser istatistiklerinden çıkarılır.) Meme kanseri, kadınlarda invaziv kanserlerin %22,9'unu ve tüm kadın kanserlerinin %16'sını içerir. Meme kanseri 2012 yılında, kadınlarda teşhis edilen kanserlerin %25,2'sini oluşturuştur ve en sık görülen kadın kanseri haline gelmiştir (DSÖ, 2020). Benzer şekilde Türkiye'de de kadınlarda görülen kanser vakalarında, meme kanseri %24,6'lık bir oranla ilk sırada yer almaktadır (TÜİK, 2017). Türkiye'de meme kanseri hastalarının dörtte üçü postmenopozal, dörtte biri ise premenopozal dönemdedir. Tüm kanser türleri içerisinden meme kanseri 25-49 yaş arasındaki kadınlarda %33,7 ile birinci sıradadır. 50-59 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri oranının %25,4, 70 yaş üzerinde %14,6 ve 15-24 yaş arasındaki kadınlarda %4,9 olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2011 yılında dünya çapında 508.000'den fazla kadının meme kanseri nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (DSÖ, 2020). Meme kanserinin gelişmiş dünyanın bir hastalığı olduğu düşünülse de meme kanseri vakalarının yaklaşık %50'si ve ölümlerin%58'i daha az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir (DSÖ, 2020).

İnsidans oranları dünya çapında büyük ölçüde Doğu Afrika'daki 100.000 kadından 19.3'ten Batı Avrupa'daki 100.000 kadından 89.7'ye kadar değişmektedir. Gelişmekte olan bölgelerin çoğunda insidans oranları 100.000'de 40'ın altındadır (DSÖ, 2020). En düşük insidans oranları çoğu Afrika ülkesinde bulunur, ancak burada meme kanseri insidans oranları gittikçe artmaktadır.

Meme kanseri hayatta kalma oranları, Kuzey Amerika, İsveç ve Japonya'da %80 veya daha fazla, orta gelirli ülkelerde %60'a ve düşük gelirli ülkelerde %40'ın altına kadar değişmektedir (Coleman ve ark., 2008). Daha az gelişmiş ülkelerdeki düşük sağkalım oranları, esas olarak erken teşhis programlarının eksikliği ile açıklanabilir, bu

da geç evre hastalık ile başvuran kadınların yüksek bir oranının yanı sıra yeterli tanı ve tedavi olanaklarının olmaması ile açıklanabilir.

2.6. Meme Kanserinde Koruyucu Faktörler

Yaşam tarzıyla ilgili (egzersiz, beslenme vb.) faktörler başlıca koruyucu faktörlerdir. Kadınlar sağlıklı bir kiloda kalarak, alkol kullanımını azaltarak, fiziksel aktiviteyi arttırarak ve emzirerek meme kanseri riskini azaltabilirler. Tempolu yürüyüş gibi orta derecede egzersiz yapmanın faydaları postmenopozal kadınlar da dahil olmak üzere tüm yaş gruplarında görülmektedir. Yüksek fiziksel aktivitenin, meme kanseri riskini yaklaşık %14 oranında azalttığı görülmektedir. Beslenme düzeninin iyileştirilmesi de meme kanserinden koruyucu bir faktördür. Yüksek turunçgil alımı, meme kanseri riskinde %10'luk bir azalma ile ilişkilendirilmektedir. Benzer şekilde omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin ve soya bazlı gıdaların yüksek tüketiminin riski azalttığı görülmektedir (DSÖ, 2020).

2.7. Meme Kanserinin Belirtileri

Meme kanserinin ilk belirgin semptomu, tipik olarak meme dokusunun geri kalanından farklı hissettiren bir yumrudur. Meme kanseri vakalarının %80'inden fazlası kadın yumru hissettiğinde keşfedilir ve en erken meme kanserleri mamografi ile tespit edilir. Koltuk altlarında bulunan lenf düğümlerinde bulunan topaklar da meme kanserine işaret edebilir. Yaygın olarak görülen diğer semptomlar şu şekildedir:

- Memenin bir kısmında kalınlaşma veya şişme.
- Meme derisinde tahriş veya çukurlaşma.
- Meme bölgesinde veya memede kızarıklık veya pul pul cilt.
- Meme ucunun içeri çekilmesi veya meme ucundaki ağrı.
- Anne sütü dışındaki meme başı akıntısı (kan dahil).
- Memenin boyutunda veya şeklindeki herhangi bir değişiklik.
- Memenin herhangi bir bölgesinde, koltukaltında veya köprücük kemiklerinde ağrı (GBD, 2017 Sustainable Development Goals).

2.8. Meme Kanseri Tanısında Kullanılan Yöntemler

Meme anormalliklerini erken tespit etmek, meme kanserinin daha erken bir aşamada teşhis edilme ve daha başarılı bir şekilde tedavi etme şansını artırır. Meme kanseri erken evrede tespit edilen kadınların ilk beş yıl içinde hayatta kalma oranı %93'ten daha fazladır (DSÖ, 2020).

En sık kullanılan iki tarama yöntemi, memelerin bir sağlık uzmanı tarafından fiziki muayenesi ve mamografidir. Bu yöntemler, memedeki yumrunun kanser hücresi olup olmadığının tahmininin yapılması için ve basit bir kist gibi diğer lezyonları da tespit etmek için kullanılmaktadır.

2.8.1. Mamografi

Mamografi (mastografi olarak da bilinir), insan memesini teşhis ve tarama için incelemek için düşük enerjili X-ışınlarını (genellikle 30 kVp civarında) kullanma işlemidir. Mamografinin amacı, tipik olarak karakteristik kitlelerin veya mikro kalsifikasyonların saptanması yoluyla meme kanserinin erken saptanmasıdır (GBD, 2017 Sustainable Development Goals). Tüm röntgen filmlerinde olduğu gibi mamogramlar da görüntü oluşturmak için iyonize radyasyon dozlarını kullanır. Bu görüntüler daha sonra anormal bulgular için analiz edilir. Kemiklerin radyografisi için kullanılanlardan daha düşük enerjili X-ışınlarının, tipik olarak Mo (17.5 ve 19.6 keV'nin K-kabuk x-ışını enerjileri) ve Rh (20.2 ve 22.7 keV) kullanılması normaldir. Mamografi 1 cm'den daha küçük çaplı tümörleri bile göstermesi açısından oldukça kullanışlı bir tarama yöntemidir (Cavanaugh ve McNally, 2010). Bununla birlikte, maliyetinin görece düşük olması, ulaşılabilir olması, yüksek sensitivite ve spesitiviteye sahip olması, morbiditeyi azaltması mamografiyi oldukça yaygın olarak kullanılan bir tarama yöntemi haline getirmiştir (Oktay, 2012). Amerikan Kanser Derneği (GBD, 2017 Sustainable Development Goals), 45 yaşından önceki kadınların iki yılda bir, 45 ila 54 yaşlarındaki kadınların her yıl mamografi yaptırmasını ve 55 yaş ve üstü kadınların 1 ila 2 yılda bir mamogram almaya devam etmesini önermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'deki kadınların %71,1'i hiç mamografi çektirmemiş, geriye kalanların ise sadece %9'u son bir yıl içinde mamografi çektirdiğini bildirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.8.2. Tanıda Kullanılan Diğer Yöntemler

Mamografi ve klinik meme muayenesi sonuçsuz kaldığında, bir sağlık uzmanı, tanıyı koymaya yardımcı olmak için mikroskopik analiz için yumrudaki sıvının bir örneğini alabilir (ince iğne aspirasyonu veya ince iğne aspirasyonu ve sitolojisi olarak bilinen bir yöntem). Bir iğne aspirasyonu bir sağlık uzmanının ofisinde veya kliniğinde gerçekleştirilebilir. İşlem sırasında ağrıyı önlemek için göğüs dokusunu uyuşturmak için lokal anestezi kullanılabilir ancak yumru derinin altında değilse anestezi gerekli olmayabilir. Berrak bir sıvı bulunması, yumrunun kanserli olma olasılığını azaltır, ancak kanlı sıvı, kanserli hücreler için bir mikroskop altında incelenmek üzere gönderilebilir. Göğüslerin fizik muayenesi, mamografi ve ince iğne aspirasyonu, meme kanserini iyi bir doğrulukla teşhis etmek için kullanılabilir. Göbek biyopsisi veya vakum destekli göğüs biyopsisi de kullanılan bir diğer tanı yöntemleridir. Çoğu zaman bir sağlık uzmanı tarafından yapılan fizik muayene sonuçları, mamografi ve özel durumlarda (ultrason veya MRI ile görüntüleme gibi) yapılabilecek ek testler, kesin tanı ve birincil tedavi yöntemi olarak eksizyonel biyopsiyi garanti etmek için yeterlidir (GBD, 2017 Sustainable Development Goals).

2.9. Kendi Kendine Meme Muayanesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesi veya göğüslerinizi düzenli olarak kendi başınıza incelemek, başarılı bir şekilde tedavi edilme olasılığı daha yüksek olduğunda, meme kanserini erken bulmanın önemli bir yolu olabilir. Kendi kendine meme muayenesinin erken meme kanseri tanısına yardımcı olup olmadığına dair tartışmalar devam etmektedir. KKMM'nin kadınların kanser konusunda anksiyete hissetmesi ve kanser olma ihtimali çok düşük kistler için biyopsi istemeleri gibi olumsuz etkilerinin yanında, kanser konusundaki farkındalıklarının artmasına yardımcı olması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır (DSÖ, 2020). Kendi kendine meme muayenesi veya göğüslerinizi düzenli olarak kendi başınıza incelemek, başarılı bir şekilde tedavi edilme olasılığı daha yüksek olduğunda, meme kanserini erken bulmanın önemli bir yolu olabilir. Kendi kendine meme muayenesinin erken meme kanseri tanısına yardımcı olup olmadığına dair tartışmalar devam etmektedir. KKMM'nin kadınların kanser konusunda anksiyete hissetmesi ve kanser olma ihtimali çok düşük kistler için biyopsi istemeleri gibi olumsuz etkilerinin yanında, kanser konusundaki farkındalıklarının artmasına yardımcı olması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine

göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri kadınların %19,7'si ayda bir, %7,9'u üç ayda bir ve %11,9'u üç aydan daha uzun sürede bir kez KKMM yapmıştır. Bunun yanında Türkiye'deki kadınların %60,6'sı daha önce hiç KKMM yapmadığını bildirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.10. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinin tedavisi, kanserin evresi ve kişinin yaşı gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Kanser ilerlemişse veya tedaviden sonra kanserin tekrarlama riski daha yüksekse tedaviler daha agresiftir. Meme kanseri genellikle kemoterapi veya radyasyon tedavisi veya her ikisi ile takip edilebilen ameliyatla tedavi edilir. Multidisipliner bir yaklaşım tercih edilir (DSÖ, 2020).

Meme kanserinde en çok kullanılan tedavi yöntemlerinden biri cerrahidir. Cerrahi, tipik olarak çevre dokuların bir kısmı ile birlikte tümörün fiziksel olarak çıkarılmasını içerir. Ameliyat sırasında bir veya daha fazla lenf nodu biyopsisi yapılabilir; giderek lenf nodu örneklemesi, bir sentinel lenf nodu biyopsisi ile gerçekleştirilir. Cerrahi hastalığın durumuna göre farklı şekillerde yapılabilir: tüm meme çıkarılabilir (mastektomi), memenin dörtte biri çıkarılabilir (kadranektomi), sadece tümör çıkarılabilir (tümörektomi) veya memenin küçük bir kısmı (lumpektomi) çıkarılabilir (National Cancer Institute [NCI], 2019).

Hastalığın durumuna göre, basit mastektomi (BM), radikal mastektomi (RM) veya modifiye radikal mastektomi (MRM) uygulanabilmektedir. Basit mastektomi, meme dokusunun tamamının (pektoral kasın fasyasıyla birlikte) çıkarılması işlemidir. BM dünyada genel olarak meme kanseri için standart girişim olarak kabul görmektedir ve erken evre meme kanserinde primer tedavi olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, meme koruyucu cerrahi olmuş hastalarda gelişen nüksler veya yeni oluşan kanserlerde yaşam kalitesini arttırmak için uygulanmaktadır (NCI, 2019).

Kullanılan bir diğer mastektomi yöntemi ise radikal mastektomidir (RM). Radikal mastektominin basit mastektomiden farkı, basit mastektomide sadece meme çıkarılırken radikal mastektomide memeyle birlikte koltuk altındaki lenf düğümlerinin ve göğüs altı kasların da çıkarılmasıdır. Meme dokusunun ve lenf düğümlerinin çıkarıldığı, göğüs altı kasların bırakıldığı yönteme ise modifiye radikal mastektomi (MRM) denmektedir. MRM, evre 1 ve evre 2 meme kanseri vakalarında en yaygın

kullanılan cerrahi girişimdir (DSÖ, 2020). Cerrahi girişim sonrasında hastalığın izlenmesinin zor olması, tümörün 5 cm veya daha büyük olması veya hastaya daha önce radyoterapi uygulanmış olması gibi durumlarda da modifiye radikal mastektomi tercih edilebilmektedir.

Meme kanserinde kullanılan diğer yöntemler ise kemoterapi, hormonal (endokrin) tedavi, biyolojik tedavi ve radyasyon tedavisidir.

Kemoterapi, kanser hücrelerini küçültmek veya öldürmek için özel ilaçlar kullanmayı içermektedir. Hormonal tedavi kanser hücrelerinin büyümeleri için gereken hormonları almasını engellemeye yönelik bir tedavidir (NCI, 2019). Biyolojik tedavi vücudun bağışıklık sistemiyle birlikte çalışarak kanser hücreleriyle savaşmasına yardımcı olur veya diğer kanser tedavilerinden kaynaklanan yan etkileri kontrol eder. Radyasyon tedavisi, kanser hücrelerini öldürmek için yüksek enerjili ışınlar (X ışınlarına benzer) kullanarak yapılmaktadır. Meme kanseri tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem ise meme koruyucu cerrahidir.

2.11. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

Meme koruyucu cerrahi (MKC), mastektomiden kaçınırken meme kanserini ortadan kaldırmayı amaçlayan bir operasyonu ifade eder. MKC, kabul edilebilir bir estetik sonuç sağlarken tümörün çıkarılmasını da sağladığı için spesifik hastalarda mastektomiye alternatif olarak giderek daha fazla kabul görmektedir (Mathes ve Lang, 2006).

Meme koruyucu cerrahi, tümör ile beraber etrafındaki sağlam dokunun bir bölümünün alınması (lumpektomi, tümörektomi, kadranektomi) ve bazı durumlarda ise ilave olarak başka girişimlerin yapılmasını kapsar. Memenin bütünlüğünü korumasına ve iyi bir görsellik sağlamasına imkân veren meme koruyucu cerrahi, kanser evresinin başlarında olan kanserli hastalarda sıklıkla uygulanır (NCI, 2019). Meme koruyucu cerrahi, kanserin 1. ve 2. evrelerinde bir veya iki sentinel lenf nodunun geniş olmayan kansere sahip olduğu tespit edilirse, radyoterapi ve muhtemelen kemoterapi ile birlikte uygulanabilir (Ward ve Reis, 2001). MKC, tümörü 5 cm'den daha küçük olan hastalarda ve biyopsi ile kanıtlanmış invaziv meme kanseri veya biyopsi ile kanıtlanmış duktal karsinom (DCIS) vakalarında da kullanılabilir.

Meme koruyucu cerrahide en önemli hususlardan biri uygun hastanın seçilmesidir. Uygun seçilmiş hastalarda mastektomi ve meme koruyucu cerrahi eşdeğer sağkalım oranlarına sahiptir (NCI, 2019). Meme koruyucu cerrahide ortak karar verme de bir diğer önemli husustur. Hastaların %50 ila %70'inin meme koruyucu cerrahisine karar vermede aktif katılımcılar olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ, 2020).

2.12. Meme Kanserinde Cinsel Yaşam

Bireyin vücut görünüşünü veya herhangi bir organındaki işlevini bozan ameliyatların başta yüz, göğüsler, genital uzuvları ve üreme organlarına uygulanan cerrahi işlemlerin kadının beden algısını, hayat kalitesini ve bireylerin cinsel hayatı üzerinde annelik, çekicilik kaybı ve beden görüntüsünde zedelenme, vajinal ağrı ve kuruluk hissetme, cinsel arzulama kaybı gibi cinsel yaşam kalitesini etkilemektedir (Telli ve Gürkan, 2020). Meme kanseri olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi hem kanser tanısına bağlı hem de kemoterapi, radyoterapi gibi cerrahi sonrası uygulanan tedavilerden kaynaklı ortaya çıkabilmektedir (Gemalmaz ve Avşar, 2015). Cinsellik alanında çalışmış olan kuramcılardan biri olan Freud, cinselliği "*yaşam*" olarak tanımlamıştır ve cinsellik dürtüsünün iyi hissettirdiği için psikolojik dengeyi sağladığını düşünmektedir. Meme kanseri olan bireylerde hastalığın tedavisi değerlendirilirken genellikle hastalığın yok edilmesi üzerine çalışılmasından ve hastalığın hızlı ilerlemesindeki zaman kısıtlılığından dolayı fizyolojik gereksinim olan cinsel yaşam kalitesinin yerine hastalığın primer semptomları üzerinde durulmakta, cinsel ihtiyacı ve bunun verdiği yaşam kalitesi göz ardı edilmektedir (Ertem ve ark., 2009). Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı "*cinsel yaşamda var olan; kişilik, iletişim ve sevginin katkısı ile zenginleştirilen, somatik, duygusal, entellektüel ve sosyal görüşlerin bütünü*" olarak açıklar. Cinsel sağlık, bireyin yaşama olan uyumu üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahip olan çok yönlü bir kavramdır. Meme kanseri sebebiyle ortaya çıkan fiziksel ve duygusal durumlardaki değişimler cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir. Yapılan bazı çalışamlar, meme kanseri nedeniyle mastektomi olmuş kadınların cinsel yaşamlarını sürdürmede, lumpektomi olmuş kadınlara kıyasla daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir (Wapnir ve ark., 1999). Başka bir araştırma, mastektomi olmuş kadınlarının MKC olmuş kadınlara kıyasla cinsel yaşamlarındaki olumsuzlukların daha fazla olduğunu ve cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermiştir (Güler, 2017). Benzer şekilde, Ülker ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışma, lumpektomi

olmuş kadınların mastektomi olmuş kadınlara göre cinsel çekicilik ve beden algısı konusunda kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermiştir. Önen-Sertöz ve meslektaşları (2004) meme kanseri nedeniyle mastektomi olmuş kadınların beden algısının bozulduğunu ve bozulan algının cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini, cinsellikten kaçınma gibi davranışlar sergilediklerini göstermiştir. Meme kanserinde gelişen tedavilerle hayatı kurtarmanın yanı sıra hayatın anlamlılığını yaşam kalitesi için ayrılmaz bir bütündür (Dikencik, 2003). Meme kanseri kadınların gerek tedavi sürecinde gerek tedaviden sonra cinsel yaşamlarının olumsuz yönde etkileniyor olması, uygulanan tedavi yöntemlerinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir.

2.13. Meme Kanserinde Hastalığa Psikososyal Uyum

Meme kanseri hastaları sosyal ortamlardan uzaklaşma, hayata kızgınlık, terkedilme, ölüm ve hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu, gelecek belirsizliği, öfke ve umutsuzluk gibi birçok hayatını etkileyen psikolojik durumlarla karşılaşmaktadır (Ülger ve ark., 2014). Soygür ve arkadaşları (2004) meme kanseri hastası kadınların %72,9'unda uyum bozukluğu, %29,1'inde ise majör depresyon olduğunu göstermiştir. Bireyle birlikte bu psikolojik durumlardan, bireyin eşi başta olmak üzere diğer aile bireyleri ve arkadaşları da etkilenmektedir (Kroenke ve ark., 2017). Meme kanseri hastaları ev ve sosyal hayatı ile ilgili görev ve sorumluluklarını yerine getirirken ağrı ve yorgunluk hissetmektedir (Brearley ve ark., 2011). Kingston ve Capelan (2016) meme kanseri nedeniyle fiziksel sağlığı bozulan kadınların genel olarak duygusal sorunlar yaşadığını ve iş ile ilgili ya da diğer etkinlikleri gerçekleştirmede güçlük yaşadıklarını göstermiştir. Bu sebeple daha önce kendisinin tek başına yapabildiği ev işleri, yemek yapma, evin düzenlenmesi, iş hayatının kontrolünü sağlama ve kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılama gibi günlük yaşam aktiviteleri yapamamaktadır (Gemalmaz ve Avşar, 2015).

Kanser tanısının verdiği ilk şok ile öncelikle partneri ve diğer kişiler arasındaki iletişim ve karşılaşılan tepki değişimlerine de sebep olabilmektedir. Kadınlar birlikte olduğu kişilerle ilişkilerinin de bozulacağını ve partnerleriyle duygu nitelikli ilişkilerinin biteceği korkusu ve endişesi de yaşayabilmektedir (Rodrigues Guedes ve ark., 2018). Bu yüzden fiziksel etkilenmenin yanında ruhsal yönden de etkilenmektedir (Gemalmaz ve Avşar, 2015). Hastalığa sosyal uyum tedavinin etkililiği için oldukça

önemli bir faktördür. Bu nedenle hem hastalığın seyrini iyileştirmesi hem de kişinin duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak daha iyi durumda olması açısından kişinin hastalığa sosyal uyumunu yükseltmek önemlidir.

2.14. Destekleyici Hemşirelik Girişimlerinin Cinsel Yaşam Kalitesinin ve Hastalığa Psikososyal Uyum Açısından Önemi

Sadece meme kanseri tanısı almış olmanın yarattığı şiddetli anksiyetenin yanı sıra, tedavi sürecinde yeterli psikososyal destek alamamak ve hatta tedavide kullanılan ilaçların kendisi bile hastaların depresyon, anksiyete düzeyini arttırmakta ve cinsel yaşam kalitesini düşürmektedir (Güven, 2019; Soylu, 2016). Bu bağlamda, meme kanseri hastalarının tanı ve tedavi sürecinde yaşadıkları psikolojik problemlerin giderilmesi ve hastalığa psikososyal uyumlarının arttırılması konusunda hemşirelere büyük bir rol düşmektedir.

Gordon tarafından 1987 yılında oluşturulan fonsiyonel sağlık örüntüleri modeline göre cinsellik ve üreme örüntüsü kadının cinsel doyum ve doyumsuzluğunu tanımlamaktadır (Erbaş ve Demirel, 2016). Fizyolojik, kültürel ve sosyal görünüşü de içeren kompleks bir fenomen olarak insan cinselliği, cinsel kimliğinin davranışsal sunumudur. Kadınların cinsellik ya da üreme kaygılarını ifade etmek, eğitim gereksinimlerini tanımlamak, tedavi edilmesi gerekli problemleri tanımlamak yaşam kalitelerinin devamı için önemlidir (Erbaş ve Demirel, 2016). Meme kanseri tanısı almış hastalarda genel olarak, anksiyete, depresyon, beden imajında bozulma, cinsel yaşam kalitesinde azalma gibi semptomlar görülse de uygulanan tedavi yöntemine göre semptomların görülme sıklığı ve şiddeti değişebilmektedir. Örneğin, meme koruyucu cerrahi ve mastektomi olmuş kadınların beden imajları üzerine yapılan bir araştırmada, mastektomi olmuş kadınların beden imajlarının meme koruyucu cerrahi olmuş kadınlara oranla daha fazla bozulduğu görülmüştür (Güler, 2017). Her ne kadar meme koruyucu cerrahide memenin kaybı gibi bir durum olmasa da meme kanseri hastalarının, kanser tanısı almış olma durumu ve kansere yüklediği olumsuz anlamlar, tedavinin işe yarayıp yaramadığı kaygısı ve kanserin tekrar nüksedeceği ile ilgili kaygılar hastaların beden imajında bozulmaya yol açabilir ve cinsel yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilir. Tüm bu sebeplerden dolayı hastanın, hastalığa psikososyal uyumu düşebilir. Bu sebeple, meme koruyucu cerrahi olmuş kadınların cinsel yaşam kalitelerinde meydana gelebilecek değişimi göz ardı etmemek gerekmektedir. Hastaların psikososyal uyumunu

güçlendirebilmek amacıyla, hastanın yaşadığı psikolojik problemleri fark etmek ve bu problemleri çözmek için destekleyici girişimlerde bulunmak önemlidir. Literatüre bakıldığında, hemşireler tarafından verilen yapılandırılmış psikoterapi hizmetlerinin, hastaların yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkisi olduğu, işlevselliklerini arttırdığı, depresyon düzeylerinde anlamlı bir şekilde azalma sağladığı görülmüştür (Gemalmaz ve Avşar, 2015; Işık, 2014). Meme kanseri tedavisi gören hastalara yönelik psikolojik destek programı oluşturmadan önce yaşadıkları psikolojik sorunların doğru olarak belirlenmesi ve bu sorunlara yönelik terapi planı oluşturulması tedavinin etkililiğini arttırmak açısından oldukça önemlidir. Bu sebeple, hastaların tedavi sürecinde ve sonrasında hastalığa psikososyal uyumlarının arttırılması en az tedavinin kendisi kadar önemli olmakla birlikte, bu uyumu arttırmaya yönelik metotların geliştirilmesi için semptomların doğru belirlenmesi gerekmektedir.

Geçmiş bir çalışmada, meme kanseri tedavisi görmüş hastalara hemşireler tarafından, beden imajı ve cinsel fonksiyonlarını iyileştirmeye yönelik altı haftalık bir terapi uygulanmış ve sonuç olarak terapi grubundaki hastaların cinsel doyumlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Jun ve ark., 2011). Benzer şekilde, meme kanseri tedavisi görmüş hastalardan oluşan bir gruba ve eşlerine onkoloji hemşireleri tarafından sağlanan, psikososyal uyum ve stres yönetimini içeren, 6 haftalık telefonla danışmanlık hizmeti verilirken diğer grupla, hastaların egzersiz yapmasına teşvik edilmesi gibi psikoterapötik etkisi olmayan telefon görüşmeleri yapılmıştır. Bu sürecin sonunda, ikinci gruba kıyasla ilk gruptaki hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (Badger ve ark., 2007).

Sonuç olarak, meme kanseri tanısı almış ve meme koruyucu cerrahi olmuş kadınların, cinsel yaşam kalitelerini belirlemek, prognozun iyileşmesini sağlayabilmesi ve psikososyal uyumu güçlendiren bir etken olabilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda, hastalığın tüm aşamalarını bilen ve hastaların yakından takibini yapma imkânı olan hemşirelere büyük rol düşmektedir.

BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın evren ve örneklem grubu, veri toplama araçları, veri toplama süreci, biçimi ve araştırma kapsamı doğrultusunda örneklemden elde edilen verilerin analizleri hakkında açıklamalara yer verildi.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma meme kanseri nedeniyle koruyucu cerrahi yapılmış kadınların cinsel yaşam kalitesini ve hastalığa psikososyal uyumunu belirlemek amacıyla yüz yüze görüşme yöntemi ile yürütülen tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır. Araştırma kapsamında yer alan değişkenlerin ilişkiselliğini belirlemek amacıyla analitik analiz yöntemlerinden Pearson korelasyon, t-test ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Araştırmanın deseni kesitseldir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Grubu

Araştırmanın evrenini 2018-2020 yılları arasında Göztepe Prof. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin cerrahi servislerinde meme kanseri tanısı alıp koruyucu cerrahi geçiren kadınlardan oluşmaktadır. Göztepe Prof. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde yıllık ortalama 260 meme koruyucu cerrahi yapılmaktadır.

Minimum örneklem büyüklüğünü belirlemek için uygulanan G Power analizinde, etki büyüklüğü ,40, actual power %95,4 düzeyinde ve minimum örneklem genişliği 102 olarak tespit edildi.

3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıda sunuldu.

- En az altı ay önce meme koruyucu cerrahi operasyonu geçirmiş olmak,
- 18-65 yaş aralığında olmak,
- En az okur-yazarlık seviyesinde eğitim düzeyine sahip olmak,
- Meme kanserinin I, II ya da III. evresinde olmak.

Belirtilen tarihler arasında kliniğe kontrol amaçlı başvuran kadınlar arasından çalışmanın dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 121 kadın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan tüm kadınlar örnekleme dahil edilmiş ve araştırmayı tamamlamıştır. Araştırmanın örneklemi olasılığa dayanmayan örnekleme biçimlerinden bulabildiğini (convenience) örneklemedir.

3.3. Veriler ve Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan araştırma izni alındı (Ek 4). Ayrıca Maltepe Üniversitesi, T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü ve Göztepe Prof. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nden çalışmaya başlamak için gerekli izinler alındı (Ek 5 ve Ek 6). Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Veri toplama araçlarının yanıtlanması yaklaşık 40-45 dakika sürdü. Meme kanseri tanısı alıp koruyucu cerrahi geçiren kadınlara araştırmacı tarafından bilgi verilerek bilgilendirilmiş onam formu (EK 7) imzalatıldı. Örneklemi oluşturan 121 hastaya veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu", "Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği – Öz Bildirim (PAIS-SR)", "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın (CYKÖ-K)" uygulandı.

Ölçekler uygulanırken kadınlara samimi ve gerçekçi bilgilerle anketi doldurmaları için gerekli açıklamalar yapıldı ve hasta mahremiyetinin korunacağı bildirildi.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Katılımcılara ilk olarak "Bilgilendirilmiş Onam Formu" sesli olarak okunarak yapılan çalışma hakkında bilgilendirilme yapıldı ve onamları alındı. Sonrasında, katılımcılardan üç farklı ölçek doldurmaları istendi. Kadınların kişisel bilgilerini saptamak için 'Kişisel Bilgi Formu', kronik hastalığa karşı olan uyumlarını ve tutumlarını ölçmek amacıyla 'Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği- Öz Bildirim (PAIS-SR)', cinsel yaşam kalitelerini ölçmek için 'Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın' kullanıldı. Google Forms aracılığıyla web ortamında hazırlanan anketin demografik bilgi ve hastalıktaki tutum ölçekleri, araştırmacının katılımcılara okuması ile doldurtuldu. Öte yandan, cinsel doyum ve cinsel yaşam kalitesi ile ilgili olan kısımlar ise kadınların kendilerini güvende hissetmeleri ve gizliliklerini sağlamak adına katılımcılar tarafından dolduruldu.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan demografik bilgileri edinmek amacıyla kullanılan, iki bölüm ve 18 maddeden oluşan kişisel bilgi formu literatür incelenerek oluşturuldu (Güven, 2019; Güler 2017; Soylu, 2016; Coşar, 2015). Kişisel bilgi formunun birinci bölümünde kadınların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bilgi alındı. Bu özellikler sırasıyla yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, iş ve meslek statüsü, kimle birlikte ve nerede yaşandığıdır. Formun ikinci bölümünde ise kadınların hastalığına ilişkin tanıtıcı özellikleri içeren sorular bulunmaktadır. Bu sorular sırasıyla hastalığın tanısının ne zaman konulduğu, hastalığın evresi, ailede meme kanseri öyküsü, bakımından sorumlu olunan kişi olup olmadığı, diğer hastalık durumu, kemoterapi ve radyoloji alınıp alınmadığı, eğer alındıysa kaç kür alındığıyla ilgilidir. Kişisel bilgi formundaki tüm sorular çoktan seçmeli olarak soruldu.

3.4.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği – Öz Bildirim (PAIS-SR)

Orijinal adıyla PsychosocialAdjustment of IlnessScale- Self Report- PAIS-SR 1983 yılında Derogatis ve Lopez tarafından geliştirilmiştir. Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Adaylar (Adaylar, 1995) tarafından doktora tezi olarak yapılmıştır. Hasta bireyin toplumdaki diğer kişiler ve sosyokültürel çevresiyle etkileşimini ölçen ölçekte 46 madde bulunmaktadır ve bu maddeler 7 alt-ölçeğe bölünmüştür. Bu alt gruplar sırasıyla şu şekildedir: sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı. Ölçek dörtlü Likert tipi dereceleme ile değerlendirilir ve her bir soru 0'dan 3'e kadar puanlanır. Hastalık başladığından beri görülen en olumsuz değişiklikler 3 puan iken, hiçbir değişiklik olmaması ya da olumlu değişimlerin olması 0 puandır. Dolayısıyla, PAIS-SR ölçeğinden toplamda düşük puan (35 ve altı) alan bir kişinin hastalığa iyi psikososyal uyumu olduğu söylenebilirken, yüksek puan alan birinin (51 ve üzeri) kötü psikososyal uyuma sahip olduğu söylenebilir. 35 ve 51 arasındaki puanlar da orta derecede iyi psikososyal uyum olarak sınıflandırılmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin puan hesaplamaları yukarıda anlatıldığı şekilde hesaplanıp analiz edildi.

Ölçeğin, Adaylar (1995) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında toplam ölçek puanının iç tutarlılık kat sayısı (Cranbach'salpha) .99 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbachalpha değerleri sırasıyla Sağlık Bakım Uyumu için .99, Mesleki

Çevre için .98, Ev-Aile Çevresi için .98, Seksüel İlişkiler için .99, Genişletilmiş Aile İlişkileri için .99, Sosyal Çevre için .98 ve Psikolojik Baskı için.90'dır.

Bu çalışmada ise ölçeğin toplam puanının iç tutarlılık alfa katsayısı .93 olarak bulundu. Alt ölçeklerin Cronbachalpha değerleri sırasıyla Sağlık Bakım Uyumu için .63, Mesleki Çevre için .61, Ev-Aile Çevresi için .78, Seksüel İlişkiler için .86, Genişletilmiş Aile İlişkileri için .83, Sosyal Çevre için .91 ve Psikolojik Baskı için.80'dir.

3.4.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın (CYKÖ-K)

CYKÖ-K, Symonds ve arkadaşları (2005) tarafından geçerlik ve güvenirliliği yapılmış olan bu ölçek, Türkçe'ye uyarlanması 2010 yılında Tuğut ve Gölbaşı tarafından yapılmıştır. Kadınların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Ölçek 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilen bir ölçektir, ancak ölçeğin orjinalinin geçerlik ve güvenirlik çalışması 18-65 yaş grubundaki kadınlarda yapılmıştır. Ölçek bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve altılı likert tipinde olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Ölçeğin orjinalinde her bir maddenin 1-6, ya da 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şeklide ölçekten alınabilecek puanaralığı 18-108 arasındadır. Diğer taraftan 0-5 puanlama sisteminde ise puan aralığı 0-90 olmaktadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanın 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan ham puan-18) x100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin, ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı (63-18) x100/90=50 olmaktadır. Bu çalışmada ise ölçeğin puan hesaplamaları belirtildiği şekilde hesaplanıp puanı ters çevrilmesi gereken sorular ters çevrilip toplam puan hesaplandı ve analizlere dahil edildi. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin yüksek olduğunu

göstermektedir. Yapılan güvenirlik çalışması sonucunda ölçeğin Cronbachalpha katsayısı .83 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlılık alpha katsayısı .88 olarak bulundu.

BÖLÜM 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılmayı kabul eden 121 kişiden demografik ve klinik özellikleri, "Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)" ile alt boyutları ve "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ-K)" değerlendirmelerini ve karşılaştırmalarını içeren tablo ve bulgulara yer verildi.

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1'de, klinik özellikleri Tablo 2'de sunuldu.

Tablo 1. Kadınların Demografik Değişkenlerine Ait Betimsel Bulgular

Değişken		n	
Yaş			
	21 – 40	36	9,8
	41 >	85	0,2
Eğitim Durumu			
	Okur-Yazar	10	,3
	İlkokul	40	3,1
	Ortaokul	6	
	Lise	41	3,9
	Üniversite ve üzeri	24	9,8
Medeni Durum			
	Evli	100	2,6
	Bekar	21	7,4
Çocuk Sayısı			
	1	27	2,3
	2	47	8,8
	3 ve üzeri	47	8,8
Birlikte Yaşanan Kişi / Kişiler			
	Yalnız	14	1,6
	Eş	42	4,7
	Eş ve Çocuklar	47	8,8
	Diğer Aile Üyeleri	18	4,9
Yaşanan Yer			
	İl	38	1,4
	İlçe	62	1,2
	Köy	21	7,4
Çalışma Durumu			
	Tam Gün	57	7,2
	Yarım Gün ya da Belli Saatler	32	6,4
	Çalışmıyor	32	6,4
İş-Mesleki Statüs			
	Memur	21	7,4
	İşçi	26	1,5
	Serbest Meslek	19	5,7
	Ev Hanımı	39	2,2
	Emekli	16	3,2

Çoğunluğu (%70,2) 41 yaş ve üzerinde olan kadınların hepsi 20 yaşından büyüktür. Lise (%33,9) ve ilkokul (%33,1) mezunu olan kadınlar örneklemin çoğunluğunu oluşturmakta, onları üniversite ve üzeri eğitimi olan (%19,8), yalnızca okur-yazar olan (%8,3) ve ilkokul mezunu (%5) kadınlar takip etmektedir. Kadınların %82,6'sı evli, %17,4'ü ise bekar olduğunu belirtmiştir. Tüm kadınların en az bir çocuğa sahip olduğu görülmekte, %22,3'ünün bir, %38,8'inin iki, diğer %38,8'inin ise üç ve üzerinde çocuğu bulunmaktadır. Kadınların %38,8'i eş ve çocukları ile, %34,7'si yalnızca eşi ile, %14,9'u anne, baba, kardeş gibi diğer aile üyeleri ile, %11,6'sı ise yalnız yaşadığını belirtmiştir. Kadınların %51,2'si ilçe, %31,4'ü il ve %17,4'ü ise köyde yaşamaktadır. Kadınların %47,1'i tam gün, %26,4'ü yarım gün ya da belli saat aralıkları ile çalışmakta, %26,4'ü ise herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kadınlardan %32,2'si ev hanımı, %21,5'i işçi, %17,4'ü memur, %15,7'si serbest mesleğe sahip, %13,2'si emekli olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Kadınların Klinik Özelliklerine Ait Betimsel Bulgular

Değişken		n	%
Tanı Zamanı			
	1 Yıldan Az	35	28,9
	1-5 Yıl Önce	72	59,5
	5-10 Yıl	13	10,7
	10 Yıldan Fazla	1	,9
Meme Kanseri Evresi			
	Evre I	32	26,4
	Evre II	38	31,4
	Evre III	51	42,2
Ailede Meme Kanseri Öyküsü			
	Var	84	69,4
	Yok	37	30,6
Diğer Hastalık Durumu			
	Var	65	53,7
	Yok	56	46,3
Kemoterapi Durumu			
	Evet	95	78,5
	Hayır	26	21,5
Kemoterapi Kür Sayısı			
	1-3 Kür	26	27,4
	4-7 Kür	40	42,1
	7'den Fazla Kür	28	29,5
	Kayıp	1	1,1
Radyoterapi Durumu			
	Evet	100	69,4
	Hayır	21	30,6
Radyoterapi Kür Sayısı			
	1-3 Kür	0	0
	4-7 Kür	3	3
	7'den Fazla Kür	94	94
	Kayıp	3	3

Meme kanseri tanısı bir yıldan daha az bir süre içinde konulmuş kadınların oranı %28.9, 1-5 yıl önce konulmuş kadınların oranı %59.5, 5-10 yıl önce konulmuş kadınların oranı %10.7 ve on yıldan daha uzun zaman önce konulmuş kadınların oranı %0.9'dur. Kadınların %42.1'i hastalığın üçüncü evresinde, %31.4'ü ikinci evresinde ve

%26.4'ü birinci evresindedir. Katılımcı kadınların %69.4'ü ailesinde meme kanseri öyküsü olduğunu, %30.6'sı ise ailede meme kanseri öyküsü olmadığını belirtmiştir. Kadınların %53.7'si psikolojik bozukluklar da dahil olmak üzere bir diğer hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Kadınların %53.7'si ailelerindeki bir diğer kişi ya da kişilerin bakımından sorumlu olduğunu belirtmiştir.

Kadınların %78.5'i kemoterapi aldığını, %21.5'i ise kemoterapi almadığını belirtmiştir. Kemoterapi alanların %27.4'ü 1-3 kür, %42.1'i 4-7 kür ve %29.5'i 7'den fazla kür almıştır. Diğer yandan, kadınların %69.4'ü radyoterapi aldığını, %30.6'sı ise radyoterapi almadığını belirtmiştir. Radyoterapi alan kadınların %3'ü 4-7 kür, %94'ü ise 7'den fazla kür radyoterapi almıştır.

4.1. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyutlarına ait ortalama ve standart sapma ile normallik değerleri Tablo 3'de sunuldu.

Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyutlarına ait ortalama puanlarının demografik değişkenler açısından karşılaştırılması Tablo 4'te sunuldu.

Tablo 3. Cinsel Yaşam Kalitesi ve Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma ile Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

Ölçek	M (SD)	Skewness	Kurtosis
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	47,23 (16,53)	-,054	-,574
Hastalığa Psikososyal Uyum	43,65 (18,30)	,021	-,932
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7,17 (3,15)	,613	-,340
Mesleki Çevre	6,06 (2,93)	,136	-,506
Aile Çevresi	6,03 (3,78)	,545	-,638
Seksüel İlişkiler	7,04 (4,72)	,428	-,744
Geniş Aile İlişkileri	3,32 (2,57)	,507	-,384
Sosyal Çevre	7,73 (4,74)	,102	-,660
Psikolojik Baskı	6,31 (3,53)	,530	-,500

Tablo 4. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Yaş Grubu		*t**	*p*	Eğitim Durumu					*F**	*p*	Çocuk Sayısı			*F**	*p*
	21-40 M (SD)	41 ve üstü M (SD)			Okuryazar M (SD)	İlkokul M (SD)	Ortaokul M (SD)	Lise M (SD)	Üni. M (SD)			Bir M (SD)	İki M (SD)	Üç ve Üzeri M (SD)		
Cinsel Yaşam Kalitesi	42,59 (16,61)	49,19 (16,19)	-2,03	,044*	53,56 (17,44)	46,58 (17,37)	39,44 (18,15)	49,32 (15,7)	44,03 (15,52)	1,11	,360	43,13 (16,23)	51,87 (16,15)	44,94 (16,30)	3,25	,042*
Hastalığa Psiko-sosyal Uyum	32,1 (17,84)	48,52 (16,28)	-4,91	,000**	49,00 (17,63)	46,68 (18,86)	41,83 (13,96)	41,54 (16,9)	40,46 (20,75)	0,82	,520	36,11 (19,49)	45,83 (17,82)	45,81 (17,27)	3,05	,051
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,94 (2,81)	7,68 (3,16)	-2,86	,005**	6,50 (3,63)	7,58 (3,22)	8,67 (3,45)	6,83 (2,68)	6,96 (3,55)	0,76	,550	7,33 (3,69)	6,79 (2,69)	7,45 (3,27)	0,56	,572
Mesleki Çevre	4,42 (2,74)	6,75 (2,74)	-4,29	,000**	5,80 (2,90)	6,78 (3,05)	5,67 (1,03)	5,71 (2,99)	5,67 (2,94)	0,89	,470	4,59 (3,02)	5,94 (2,62)	7,02 (2,87)	6,49	,002**
Aile Çevresi	4,14 (3,22)	6,82 (3,74)	-3,76	,000**	5,40 (3,69)	6,63 (4,11)	7,50 (3,39)	5,76 (3,55)	5,38 (3,80)	0,77	,550	4,89 (7,74)	6,53 (3,64)	6,17 (3,89)	1,69	,188
Seksüel İlişkiler	5,06 (4,80)	7,88 (4,45)	-3,120	,002**	7,70 (5,21)	8,28 (4,82)	7,17 (5,16)	6,59 (4,50)	5,46 (4,40)	1,53	,200	4,82 (4,05)	8,40 (4,84)	6,96 (4,00)	5,33	,006**
Geniş Aile İlişkile-ri	2,75 (2,29)	3,57 (2,66)	-1,6	,112	4,80 (3,62)	2,70 (2,47)	3,00 (1,90)	3,76 (2,22)	3,08 (2,77)	1,83	,130	3,26 (2,46)	3,38 (2,60)	3,30 (2,66)	0,02	,977
Sosyal Çevre	5,00 (3,42)	8,88 (4,77)	-4,43	,000**	11,20 (3,62)	7,98 (4,82)	4,17 (3,37)	6,81 (4,43)	8,33 (5,05)	2,87	,026 *	5,82 (4,17)	8,32 (4,78)	8,23 (4,82)	2,29	,058
Psikolojik Baskı	4,86 (3,60)	6,93 (3,33)	-3,05	,003**	7,60 (3,60)	6,75 (3,93)	5,67 (1,21)	6,10 (3,25)	5,58 (3,64)	0,83	,510	5,41 (3,23)	6,47 (3,44)	6,68 (3,74)	1,19	,307

t*: Bağımsız Gruplar t-testi, F*: ANOVA, *p<.01, **p<.05

4.1.1. Yaş

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum ve alt ölçeklerinden (Sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik baskı) aldıkları toplam puanlarının yaş gruplarına (21-40 yaş, 41 yaş ve Üzeri) göre karşılaştırılması amacıyla Bağımsız Gruplar t-testi uygulandı.

Yapılan Bağımsız Gruplar t-testi analizi sonuçlarına göre kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldığı puanlar yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (t (119) = -2.03, p < .05). Tablo 4'den ayrıntılı olarak incelenebileceği üzere, 41 yaş ve üzeri Kadınların cinsel yaşam kalitesinin (M = 49.19, SD = 16.19), 21-40 yaş arasındaki kadınlardan (M = 42.59, SD = 16.61) anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, kadınların Hastalığa Psikososyal Uyum toplam puanı (t (119) = -4.91, p < .001) ile alt boyutlardan Sağlık Bakımına Oryantasyon (t (119) = -2.86, p < .05), Mesleki Çevre (t (119) = -4.29, p < .001), Aile Çevresi (t (119) = -3.76, p < .001), Seksüel İlişkiler (t (119) = -3.12, p < .01), sosyal Çevre (t (119) = -4.43, p < .001) ve Psikolojik Baskı (t (119) = -3.05, p < .05) puanlarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ayrıntılı olarak, 41 yaş ve üzerindeki kadınların toplam Psikososyal Uyum (M = 48.52, SD = 16.28) ile Sağlık Bakımına Oryantasyon (M = 7.68, SD = 3.16), Mesleki Çevre (M = 6.75 , SD = 2.74), Aile Çevresi (M = 6.82 , SD = 3.74), Seksüel İlişkiler (M = 7.88 , SD = 4.45), Sosyal Çevre (M = 8.88 , SD = 4.77) ve Psikolojik Baskı (M = 6.93, SD = 3.33) puanları 21-40 yaş arasındaki kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Geniş aile ilişkileri alt boyutundan alınan puanlar yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılık göstermemektedir (p > .05).

4.1.2. Eğitim Seviyesi

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum ve alt ölçeklerinden (Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Baskı) aldıkları toplam

puanlarının eğitim seviyelerine (okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri) göre karşılaştırılması amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulandı.

Elde edilen sonuçlara göre kadınların Sosyal Çevre alt boyutunun eğitim seviyesine göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir (F (4, 120) = 2.87, $p < .05$). Sonrasında uygulanan Tukey post-hoc testi sonucunda okuryazarlık seviyesinde eğitime sahip olan kadınların sosyal çevre alt ölçeğinden aldıkları puanların (M = 11.20, SD = 3.62), ortaokul mezunu kadınlara (M = 4.17, SD = 3.37) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri ve Psikolojik Baskı puanları eğitim seviyelerine göre anlamlı olarak farklılık göstermemektedir ($p >.05$).

4.1.3. Çocuk Sayısı

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum ve alt ölçeklerinden (Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Baskı) aldıkları toplam puanlarının çocuk sayılarına (1 çocuk, 2 çocuk, 3 çocuk ve üzeri) göre karşılaştırılması amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulandı.

Analizler sonucunda kadınların Mesleki Çevre (F (4, 120) = 6.49, $p < .01$) ve Seksüel İlişkiler (F (4, 120) = 5.33, $p < .05$) alt boyutlarının çocuk sayısına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir. Takiben uygulanan Tukey post-hoc testi sonucunda tek çocuğa sahip olan kadınların (M = 4.59, SD = 3.02) mesleki çevre alt ölçeğinden aldıkları puanların üç ve daha fazla çocuğu olan kadınlara (M = 7.02, SD = 2.87) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, tek çocuğu olan kadınların (M = 4.82, SD = 4.05) seksüel ilişkiler alt ölçeğinden aldıkları puanlar iki çocuğu olan kadınlara (M = 8.40, SD = 4.84) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Kadınların cinsel yaşam kalitesi puanları çocuk sayılarına göre farklılık göstermiş olsa da (F (4, 120) = 3.25, $p < .05$), çocuk sayısı grupları arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Kadınların Hastalığa Psikososyal Uyumları ile sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik

baskı puanları alt boyutlarının çocuk sayısına göre anlamlı olarak farklılık göstermediği bulunmuştur ($p > .05$).

4.2. Araştırma Değişkenlerinin Klinik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyutlarına ait ortalama puanlarının klinik değişkenler açısından karşılaştırılması Tablo 5'te sunuldu.

Tablo 5. Araştırma Değişkenlerinin Klinik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Hastalık Evresi			F*	p	Diğer Hastalık		t*	p	Kemoterapi / Radyoterapi Alma				F*	p	Kemoterapi Kür Sayısı			F*	p
	Birinci Evre	İkinci Evre	Üçüncü Evre			Var	Yok			Kemoterapi	Radyoterapi	Kemoterapi + Radyoterapi	Hiçbiri			1-3	4-7	7+		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			M (SD)	M (SD)			M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Cinsel Yaşam Kalitesi	43,37 (17,88)	50,12 (12,88)	47,50 (17,86)	1,471	,234	50,15 (15,65)	43,83 (17,00)	2,129	**,035***	36,81 (18,57)	44,70 (19,73)	50,04 (15,41)	37,35 (14,08)	3,796	**,012***	51,85 (14,70)	50,19 (15,96)	43,85 (17,14)	1,989	,143
Hastalığa Psikososyal Uyum	30,59 (15,92)	45,21 (16,96)	50,69 (16,49)	14,840	**,000****	49,62 (16,95)	36,73 (17,48)	4,110	**,000****	42,75 (19,51)	41,23 (18,18)	47,02 (16,60)	27,08 (17,73)	6,920	**,000****	49,82 (13,63)	44,65 (18,60)	47,25 (16,23)	,787	,458
Sağlık Bakımına Oryantasyon	6,09 (2,60)	7,87 (3,70)	7,31 (2,89)	2,953	,056	7,94 (2,81)	6,27 (3,30)	3,007	**,003****	8,88 (4,55)	7,31 (3,35)	7,16 (3,35)	6,00 (3,74)	1,404	**,245**	8,59 (2,82)	6,70 (2,91)	7,07 (3,09)	3,517	**,034***
Mesleki Çevre	4,09 (2,80)	6,55 (2,50)	6,92 (2,79)	11,693	**,000****	6,74 (2,73)	5,27 (2,99)	2,829	**,005****	3,38 (4,24)	5,54 (1,90)	6,58 (2,65)	2,31 (1,75)	10,770	**,000****	7,22 (2,75)	5,98 (2,84)	7,14 (2,51)	2,284	,108
Aile Çevresi	3,56 (2,94)	6,11 (3,54)	7,51 (3,68)	12,833	**,000****	7,03 (3,82)	4,86 (3,42)	3,277	**,001****	4,63 (2,67)	5,77 (3,86)	6,66 (3,74)	2,92 (3,04)	4,459	**,005****	7,00 (3,28)	5,60 (3,40)	7,25 (4,28)	2,058	,134
Seksüel İlişkiler	4,56 (4,06)	6,87 (4,26)	8,73 (4,79)	8,669	**,000****	8,12 (4,14)	5,79 (5,07)	2,792	**,006****	6,88 (4,58)	7,15 (5,23)	7,75 (4,31)	2,31 (4,70)	5,589	**,001****	8,89 (4,28)	7,53 (4,23)	6,82 (4,26)	1,685	,191
Geniş Aile İlişkileri	2,34 (2,10)	3,11 (2,77)	4,10 (2,49)	5,093	**,008****	4,14 (2,44)	2,38 (2,42)	3,985	**,000****	1,50 (1,69)	2,69 (2,75)	3,61 (2,64)	3,15 (1,91)	2,027	**,114**	3,15 (2,25)	3,23 (2,82)	4,14 (2,65)	1,301	,277
Sosyal Çevre	4,84 (4,13)	8,24 (4,02)	9,16 (4,88)	9,677	**,000****	8,51 (4,86)	6,82 (4,47)	1,974	,051	6,63 (5,46)	7,00 (5,20)	8,58 (4,63)	3,46 (2,76)	5,167	**,002****	8,26 (3,43)	8,85 (5,68)	8,14 (3,98)	,230	,795
Psikolojik Baskı	5,09 (3,06)	6,47 (3,99)	6,96 (3,30)	2,898	,059	7,14 (3,31)	5,36 (3,56)	2,850	**,005****	6,88 (5,46)	5,77 (3,22)	6,70 (3,32)	3,92 (3,12)	2,610	,055	6,70 (3,88)	6,78 (3,32)	6,68 (3,50)	,007	,993

t*: Bağımsız Gruplar t-testi, F*: ANOVA, *p<.01, **p<.05

4.2.1. Hastalık Evresi

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum toplam puanları ve alt ölçeklerinden (Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Baskı) aldıkları toplam puanlarının meme kanserinin evresine (Birinci Evre, İkinci Evre, Üçüncü Evre) göre karşılaştırılması amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulandı.

Analiz sonuçlarına göre, Hastalığa Psikososyal Uyum toplam puanı (F (2, 120) = 1.47, $p < .001$) ile Mesleki Çevre (F (2, 120) = 11.69, $p < .001$), Aile Çevresi (F (2, 120) = 12.83, $p < .001$), Seksüel İlişkiler (F (2, 120) = 8.67, $p < .001$), Geniş Aile İlişkileri (F (2, 120) = 5.09, $p < .05$) ve Sosyal Çevre (F (2, 120) = 9.68, $p < .001$) alt ölçek puanlarının meme kanserinin evresine göre anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Uygulanan Tukey post-hoc testleri sonucunda, Tablo 13'ten incelenebileceği üzere, meme kanserinin üçüncü evresinde olan kadınların Hastalığa Psikososyal Uyum ölçeğinden aldıkları toplam puan (M = 50.69, SD = 16.49), hastalığın ikinci (M = 45.21, SD = 16.96) ve birinci evresinde (M = 30.59, SD = 15.92) olan kadınlara kıyasla daha yüksektir. Benzer şekilde, meme kanserinin üçüncü evresinde olan kadınların Mesleki Çevre (M = 6.92, SD = 2.79), Aile Çevresi (M = 7.51, SD = 3.68) ve Sosyal Çevre (M = 9.16, SD = 4.88) alt boyutlarından aldıkları puanlar hastalığın ikinci evresinde olan kadınların Mesleki Çevre (M = 6.55, SD = 2.50), Aile Çevresi (M = 6.11, SD = 3.54) ve Sosyal Çevre (M = 8.24, SD = 4.02) puanlarından ve hastalığın birinci evresinde olan kadınların Mesleki Çevre (M = 4.09, SD = 2.80), Aile Çevresi (M = 3.56, SD = 2.84) ve Sosyal Çevre (M = 4.84, SD = 4.13) puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ek olarak, meme kanserinin üçüncü evresinde olan kadınların Seksüel İlişkiler (M = 8.73, SD = 4.79) ve Geniş Aile İlişkileri (M = 4.10, SD = 2.49) alt boyutlarından aldıkları puanların hastalığın birinci evresinde olan kadınların Seksüel İlişkiler (M = 4.56, SD = 4.06) ve Geniş Aile İlişkileri (M = 2.34, SD = 2.10) puanlarından daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Öte yandan, kadınların bulunduğu meme kanseri evresinin Cinsel Yaşam Kalitesi ile Sağlık Bakımına Oryantasyon ve Psikolojik Baskı alt boyutları üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur ($p > .05$).

4.2.2. Diğer Hastalık Durumu

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum ve alt ölçeklerinden (Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Baskı) aldıkları toplam puanlarının diğer hastalık durumuna göre nasıl değiştiğini incelemek amacıyla Bağımsız Gruplar t-testi uygulandı.

Uygulanan Bağımsız Gruplar t-Testi sonuçlarına göre Cinsel Yaşam Kalitesi (t (119) = 2.13, $p < .05$) ile Hastalığa Psikososyal Uyum toplam puanları (t (119) = 4.11, $p < .001$) ve alt ölçeklerden Sağlık Bakımına Oryantasyon (t (119) = 3.01, $p < .01$), Mesleki Çevre (t (119) = 2.83, $p < .05$), Aile Çevresi (t (119) = 3.28, $p < .01$), Seksüel İlişkiler (t (119) = 2.79, $p < .05$), Geniş Aile İlişkileri (t (119) = 3.99, $p < .05$) ve Psikolojik Baskı (t (119) = 2.85, $p < .05$) puanları kadınların başka bir hastalığa sahip olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Ek olarak, sosyal çevre alt boyutunun marjinal seviyede anlamlı olduğu gözlemlenmiştir (t (119) = 1.97, $p = .05$). Tablo 15'ten ayrıntılı olarak incelenebileceği üzere, meme kanserine ek olarak bir diğer hastalığa sahip kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi puanları (M = 50.15, SD = 15.65), başka hastalığı olmayan kadınlara (M = 43.83, SD = 17.00) göre daha yüksektir. Benzer şekilde, başka hastalığı olan kadınların toplam Hastalığa Psikososyal Uyum puanları (M = 49.62, SD = 16.95) ile alt ölçeklerden Sağlık Bakımına Oryantasyon (M = 7.94, SD = 2.81), Mesleki Çevre (M = 6.74, SD = 2.73), Aile Çevresi (M = 7.03, SD = 3.82), Seksüel İlişkiler (M = 8.12, SD = 4.14), Geniş Aile İlişkileri (M = 4.12, SD = 2.44), Sosyal Çevre (M = 8.51, SD = 4.86) ve Psikolojik Baskı (M = 7.14, SD = 3.31) puanları tek hastalığı meme kanseri olan kadınların toplam Hastalığa Psikososyal Uyum (M = 36.73, SD = 17.48), Sağlık Bakımına Oryantasyon (M = 6.27, SD = 3.30), Mesleki Çevre (M = 5.27, SD = 2.99), Aile Çevresi (M = 4.86, SD = 3.42), Seksüel İlişkiler (M = 5.79, SD = 5.07), Geniş Aile İlişkileri (M = 2.82, SD = 2.42), Sosyal Çevre (M = 6.82, SD = 4.47) ve Psikolojik Baskı (M = 5.36, SD = 3.56) puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

4.2.3. Kemoterapi ve Radyoterapi Durumu

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum ve alt ölçeklerinden (Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel

İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Baskı) aldıkları toplam puanlarının kemoterapi ve radyoterapi durumu değişkenlerine göre (yalnızca kemoterapi almış, yalnızca radyoterapi almış, hem kemoterapi hem radyoterapi almış, hiçbirini almamış) nasıl değiştiğini incelemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulandı.

Analiz sonuçlarına göre, kadınların Sağlık Bakımına Oryantasyon, Geniş Aile İlişkileri ve Psikolojik Baskı alt ölçek puanları kemoterapi ve radyoterapi gruplarına göre anlamlı farklılık göstermezken ($p > .05$); Cinsel Yaşam Kalitesi (F (3, 120) = 3.80, $p < .05$) ile toplam Hastalığa Psikososyal Uyum (F (3, 120) = 6.92, $p < .001$), Mesleki Çevre (F (3, 120) = 10.77, $p < .001$), Aile Çevresi (F (3, 120) = 4.46, $p < .05$), Seksüel İlişkiler (F (3, 120) = 5.59, $p < .01$) ve Sosyal Çevre (F (3, 120) = 5.17, $p < .01$) puanları kemoterapi ve radyoterapi gruplarına göre anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar arası farkları ayrıntılı olarak incelemek amacıyla uygulanan Tukey post-hoc testleri sonucunda, Tablo 17'den incelenebileceği üzere, meme kanseri tedavisi için kemoterapi ve radyoterapiyi birlikte almış kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi puanları (M = 50.04, SD = 15.41), ikisini de almamış kadınlara (M = 37.35, SD = 14.08) göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, kemoterapi ve radyoterapi almış kadınların toplam Hastalığa Psikososyal Uyum puanları (M = 47.02, SD = 16.60) ile Aile Çevresi (M = 6.66, SD = 3.74) ve Sosyal Çevre (M = 8.58, SD = 4.63), ne kemoterapi ne radyoterapi almış kadınların toplam Hastalığa Psikososyal Uyum (M = 27.08, SD = 17.73) ile Aile Çevresi (M = 2.92, SD = 3.04), ve Sosyal Çevre (M = 3.46, SD = 2.76) puanlarına göre daha yüksektir. Ek olarak, ne kemoterapi ne radyoterapi almış kadınların Mesleki Çevre puanları (M = 2.31, SD = 1.75); yalnızca kemoterapi (M = 3,38, SD = 4.24), yalnızca radyoterapi (M = 5.54, SD = 1.90) ve ikisini birden almış (M = 6.58, SD = 2.65) kadınların Mesleki Çevre puanlarına göre daha düşük olarak bulunmuştur. Kemoterapi ve radyoterapi almamış kadınların Seksüel İlişkiler puanlarının (M = 2.31, SD = 4.70), yalnızca radyoterapi (M = 7.15, SD = 5.73) ve hem kemoterapi hem radyoterapi almış (M = 7.75, SD = 4.31) kadınların Seksüel İlişkiler puanlarına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum ve alt ölçeklerinden (Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel

İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Baskı) aldıkları toplam puanlarının, kadınların aldığı toplam kemoterapi kür sayısına (1-3 kür, 4-7 kür, 7 kür üzeri) göre karşılaştırılması amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulandı.

Analiz sonuçlarına göre, toplam Cinsel Yaşam Kalitesi ve Hastalığa Psikososyal Uyum puanları ile Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Baskı puanları meme kanserinin evresine göre anlamlı olarak farklılık göstermemektedir ($p > .05$). Sağlık Bakımına Oryantasyon (F (3, 120) = 3.52, $p < .05$) alt ölçeğinden alınan puanların kemoterapi kür sayısına göre anlamlı farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir. Gruplar arasındaki farkları görmek amacıyla uygulanan Tukey post-hoc testi sonucunda, 1-3 kür kemoterapi alan kadınların Sağlık Bakımına Oryantasyon puanlarının (M = 8.59, SD = 2.82), 4-7 kür kemoterapi alanlara göre (M =6.70, SD = 2.91) daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

4.3. Değişkenler Arası Korelasyon Sonuçları

Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri görmek amacıyla, Pearson korelasyon katsayıları hesaplandı. Değişkenler arası korelasyon değerleri Tablo 6'da verildi.

Tablo 6. Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri

	1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**
1. Cinsel Yaşam Kalitesi	1								
2. Hastalığa Psikososyal Uyum	,63**	1							
3. Sağlık Bakımına Oryantasyon	,28**	,62**	1						
4. Mesleki Çevre	,30**	,75**	,48**	1					
5. Aile Çevresi	,50**	,87**	,53**	,62**	1				
6. Seksüel İlişkiler	,62**	,67**	,24**	,34**	,56**	1			
7. Geniş Aile İlişkileri	,27**	,58**	,30**	,33**	,58**	,18*	1		
8. Sosyal Çevre	,47**	,74**	,30**	,57**	,50**	,35**	,36**	1	
9. Psikolojik Baskı	,60**	,76**	,43**	,53**	,61**	,40**	,38**	,49**	1

***p<.01, **p<.05**

Tablo 6'dan incelenebileceği üzere, koruyucu meme kanseri cerrahisi geçirmiş kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ile Hastalığa Psikososyal Uyum toplam puanı ve Seksüel İlişkiler, Psikolojik Baskı alt boyutları arasında pozitif yönde kuvvetli; Aile Çevresi alt boyutu arasında pozitif yönde orta; Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Geniş Aile İlişkileri ve Sosyal Çevre alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Hastalığa Psikososyal Uyum toplam puanı ile Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Baskı alt boyutları arasında pozitif yönde çok kuvvetli bir ilişki olduğu görülmüştür. Hastalığa Psikososyal Uyum alt boyutları arasındaki ilişkiler ise pozitif yönde ilişkili ve anlamlı olarak bulunmuştur.

4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum Seviyesi ve Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi puanlarının ile Hastalığa Psikososyal Uyum seviyesine (iyi seviyede uyum, orta seviyede uyum, kötü seviyede uyum) göre nasıl değiştiğini incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulandı (Tablo 7.).

Tablo 7. Kadınların Psikososyal Uyum Seviyesinin Cinsel Yaşam Kalitesi ile İlişkisine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ile İlişkisi

Ölçek	**Hastalığa Psikososyal Uyum Seviyesi**			***F****	***p***
	İyi Uyum (n = 39) M (SD)	**Orta Uyum (n = 35) M (SD)**	**Kötü Uyum (n = 47) M (SD)**		
Cinsel Yaşam Kalitesi	34,73 (13,64)	47,40 (12,95)	57,47 (13,98)	29,890	**,000****

F*: ANOVA, ** p < .01.

Kadınların %32,2'sinin psikososyal uyumu "iyi" (M = 22,44 SD = 6,94), %28,9'unun psikososyal uyumu "orta" (M = 41,69 SD = 3,92) ve %38,8'inin psikososyal uyumu "kötü" (M = 62,72 SD = 8,11) düzeydedir. Uygulanan analiz sonuçlarına göre, kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi puanları, Hastalığa Psikososyal Uyum seviyesine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır (F (2, 120) = 29.80, p < .01). Gruplar arasındaki farkları incelemek için uygulanan Tukey post-hoc testlerinin

sonucunda, hastalığa kötü seviyede psikososyal uyum gösteren kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi puanları, orta seviyede ve iyi seviyede uyum gösteren kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, hastalığa orta seviyede psikososyal uyum seviyesine sahip kadınların cinsel yaşam kalitesi, iyi seviyede uyuma sahip kadınlardan daha yüksektir.

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Bu araştırma, meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi (MKC) olan kadınların cinsel yaşam kalitelerini ve hastalığa psikososyal uyumlarını incelemeyi amaçlamıştır. Bu doğrultuda, MKC olan kadınların cinsel yaşam kaliteleri ve hastalığa psikososyal uyumları arasındaki ilişki kadınların sosyodemografik özelliklerinden olan yaş, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı değişkenlerine göre de incelenmiştir. Cinsel yaşam kalitesi için düşük veya yüksek gibi bir sınıflama yapılmamakla birlikte, hastalığa psikososyal uyum iyi, orta ve kötü olmak üzere üç boyuta ayrılmış, bunun yanı sıra psikososyal uyumun bütün alt boyutlarının diğer değişkenlerle ilişkisi detaylı bir şekilde incelenmiştir. Kadınların hastalığa psikososyal uyumları, sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyutlarıyla birlikte incelenmiş ve tüm bu alt boyutların cinsel yaşam kaliteleri ve sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisi belirlenmiştir.

Meme koruyucu cerrahi olmuş kadınların sosyodemografik özellikleri ile cinsel yaşam kalitesi ve hastalığa psikososyal uyumları arasındaki ilişki incelendiğinde, en önemli sosyodemografik değişkenin yaş olduğu, tüm psikososyal uyum biçimlerinin ve cinsel yaşam kalitelerinin kadınların yaşına göre farklılaştığı görülmüştür. Cinsel yaşam kalitesi yaşa göre incelendiğinde, daha genç kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük fakat hastalığa psikososyal uyumun alt boyutlarından biri olan seksüel ilişkilere uyumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, daha genç kadınların geniş aile ilişkileri hariç tüm alt boyutlardaki ve toplam hastalığa psikososyal uyumdaki uyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Geçmiş araştırmalar, daha genç kadınların hem genel olarak hastalığa psikososyal uyumunun daha düşük olduğunu (Adaylar, 1995) hem de meme kanseri tanısı almış genç kadınların hastalığa psikososyal uyumlarının ve cinsel yaşam kalitelerinin diğer kadınlara göre daha düşük olduğunu rapor etmiştir (Bulotiene, Ostapenko ve Veseliunas, 2005; Wenzel ve ark., 1999). Bu durumun meme kanseri tanısı almış genç kadınlarda depresyon düzeyinin daha yüksek olmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir. Geçmiş bir araştırma, meme kanseri tanısı alan genç kadınların majör depresyon riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir

(Runowicz ve ark., 2016). Kısıtlı da olsa bu araştırmaya benzer şekilde, meme kanseri tanısı alan daha yaşlı kadınların tanı ve tedavi sürecinde daha fazla zorlandıklarını ve uyum sağlamada güçlük çektiklerini gösteren araştırmalar da mevcuttur. Geçmiş bir araştırma meme kanseri tanısı olan yaşlı kadınların daha fazla psikosomatik şikâyeti olduğunu göstermiştir (Weinberger, Roth ve Nelson, 2009). Daha yaşlı kadınların daha fazla somatik şikayetinin olmasının hastalığa psikososyal uyumu olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Hastalığa psikososyal uyumda yaşın etkisinin bu araştırmada geçmiş araştırmalardan farklı olmasında daha genç kadınların sosyal desteğe daha fazla ulaşabilmesi ve önlerinde daha uzun bir ömür olduklarına yönelik inançlarının etkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, bu araştırma yalnızca MKC olmuş kadınlar üzerinde yürütüldüğü ve bu tedavi yönteminde memenin kaybı söz konusu olmadığı için geçmiş araştırmalardan farklı bir sonuç ortaya çıkabilmektedir. Her ne kadar meme koruyucu cerrahide memenin kaybı söz konusu olmasa da kadında cinselliği temsil eden bu organa ilişkin bir hastalığın varlığı, özellikle cinsel olarak en aktif dönemlerinde olan genç kadınlarda kendi cinselliklerine ilişkin olumsuz tutumlara yol açabilmektedir. Aygin ve Eti-Aslan'ın (2008) araştırması, menstrüasyonu devam eden meme kanseri tanısı almış kadınların menstürasyonu devam etmeyen kadınlara göre daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermiştir. Daha genç bir yaşta kanser tanısı almış olmanın yarattığı şok etkisinin ve olumsuz duyguların yanı sıra kadında cinselliğin sembolü olan memeye ilişkin bir kanser tanısının alınmış olması genç kadınların kendini cinsel olarak yetersiz hissetmesiyle sonuçlanabilmektedir. Bu yetersizliğin doğurganlıklarına yönelik bir tehdit oluşturma ihtimali gibi birtakım sebeplerden dolayı genç kadınların cinsel yaşam kalitelerini daha olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan araştırmalar, meme kanseri nedeniyle tedavi gören ve çocuk sahibi olmak isteyen kadınların, psikososyal uyumlarının ve cinsel yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Özkan ve Turgay, 1992). Geçmiş bir araştırma, aldıkları tedavi biçimleri fark etmeksizin meme kanseri tanısı olan 50 yaş altı kadınların beden imajına yönelik tutumlarının 50 yaş üzeri kadınlara göre anlamlı bir şekilde daha olumsuz olduğunu göstermiştir (Wenzel ve ark., 1999). Benzer şekilde başka bir araştırma, meme kanseri tanısı almış olan genç kadınların normal popülasyona ve daha yaşlı kadınlara oranla daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermiştir (Kedde ve ark., 2012). Genç kadınların beden

imajlarına verdiği önemin daha fazla olması, meme kanseri tanısının yarattığı olumsuz beden imajı nedeniyle cinsel yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Hughet ve meslektaşlarının (2007) farklı meme kanseri tedavileri almış kadınların cinselliklerine yönelik iç (kendilerini cinsel olarak nasıl değerlendirdikleri) ve dış (diğerlerinin kendilerini cinsel olarak nasıl değerlendirdikleri) faktörleri incelediği araştırma, daha genç yaş grubundaki kadınların dış faktörlere yönelik daha olumsuz düşüncelere sahip olduğunu göstermiştir. Daha genç kadınların diğerlerinin kendilerini cinsel olarak nasıl algıladıklarına verdiği önemin daha fazla olması bu kadınlarda daha fazla baskıya ve cinsel yaşam kalitelerinde düşüşe yol açıyor olabilir. Öte yandan, kadınların yaşları ilerledikçe cinsel yaşam kalitelerinin düştüğü ve daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bilinmektedir (Denizgil ve Sönmez, 2015). Bu araştırmada daha genç kadınların cinsel yaşam kalitelerini daha düşük olarak değerlendirmelerinin nedeni, genç kadınların hastalık öncesindeki cinsel yaşam kalitelerinin daha ileri yaşta olan kadınlara göre daha yüksek olması, hastalık sonrasında cinsel yaşam kalitelerinde daha dramatik bir düşüş yaratmış olması olabilir. Bununla birlikte, meme kanseri tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri olan MKC'nin daha çok genç yaştaki kadınlarda uygulanıyor olması sebebiyle doğal olarak ortaya çıkan örneklemi oluşturan yaş gruplarındaki katılımcı sayılarının dengesizliği dikkate alınarak bulgular yorumlanmalıdır.

Bir diğer sosyodemografik özellik olan eğitim düzeyi ile cinsel yaşam kalitesi ve hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim düzeyinin yalnızca sosyal çevre ile ilişkili olduğu ve etkisinin yalnızca okur-yazar kadınlar ile ortaokul mezunu kadınlar arasında ortaya çıktığı görülmektedir. Bireylerin tedavi süresince ve sonrasında sosyal etkinliklere yönelik ilgisini ve isteğini içeren psikososyal uyum süreçlerinden biri olan sosyal çevre alt boyutunda, okur-yazar katılımcılar ortaokul mezunu katılımcılara göre daha düşük uyum göstermektedir. Literatüre bakıldığında, eğitim düzeyi arttıkça hastalığa psikososyal uyumun da arttığı bilinmekle birlikte sosyal çevre uyumu ile eğitim düzeyi arasında ilişki olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Adaylar, 1995; Çam, Saka ve Babacan-Gümüş, 2009). Meme kanseri tedavisi gören kadınlarla yapılan bir araştırma, üniversite ve lise mezunu olan kadınların sosyal çevre uyumlarının ortaokul ve ilkokul mezunu kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiş, araştırmacılar yüksek eğitim düzeyinin daha geniş bir sosyal çevreye sahip olmayı

beraberinde getirdiğini ve bu durumun olumlu bir faktör olarak rol oynadığını ileri sürmüşlerdir (Çam ve ark., 2009). Başka bir araştırma, eğitim düzeyi daha düşük olan meme kanserli kadınların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tsaras ve ark., 2018). Eğitim düzeyi daha düşük olan kadınların sosyal uyumunun daha zayıf olmasının depresyon düzeylerinin daha yüksek olmasıyla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireylerin, daha yüksek olumlu benlik algısına veya daha yüksek özgüvene sahip olmaları gibi faktörlerle birlikte düşünüldüğünde, daha yüksek eğitim düzeyine sahip kadınların hastalık öncesinde de sosyal faaliyetlere daha fazla katılım gösterdiği ve tedavi sürecinde de geçmiş alışkanlıklarını sürdürme eğiliminde oldukları düşünülebilir. Öte yandan, eğitim düzeyiyle yakından ilişkili olan ve psikososyal uyumu etkileyen bir faktör olan başa çıkma stilleri ile ilgili yapılan araştırmalar, daha yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin sosyal destek arama gibi daha problem-odaklı başa çıkma stratejilerini kullandığını ve aktif başa çıkma stratejilerinin kişilerin psikososyal uyumuna olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir (Andreasen, Noyles ve Hartford, 1972; Felton, Revenson ve Hinrichsen, 1984; Friedman ve ark., 1989). Bireylerin eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzeyi, duygu düzenleme becerileri gibi yakından ilişkili olan başa çıkma stillerinin hastalığa psikososyal uyum ile ilişkisi bu araştırmadaki sosyodemografik özelliklere göre değişen bulguları yorumlamak için önemli gibi görünmektedir.

Bir diğer sosyodemografik değişken olan çocuk sayısı ile cinsel yaşam kalitesi, hastalığa psikososyal uyum boyutlarından seksüel ilişkiler ve mesleki çevre ilişkileri arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Çocuk sayısı arttıkça cinsel yaşam kalitesi azalmakta, seksüel ilişkilere ve mesleki çevre ilişkilerine yönelik uyum düşmektedir. Meme kanseri tedavisi gören kadınların yaşadığı fiziksel yorgunluk, ağrılar, psikolojik tükenmişlik, umutsuzluk, çaresizlik gibi problemlerin yanı sıra, toplumsal cinsiyet rollerinin ve kültürün ortaya çıkardığı çocuğun bakımının annenin görevi olduğuna yönelik baskı, daha fazla çocuğu olan kadınların daha fazla baskı altında olması ve cinsel yaşam kalitelerinde düşüş olmasıyla açıklanabilmektedir. Benzer şekilde, daha fazla çocuğu olan ve çalışan kadınların yaşadığı yorgunluk ve tükenmişlik hissi meslek hayatlarında da daha fazla sorun yaşamalarına ve uyum problemlerine neden olabilmektedir. Öte yandan, kanser hastası annenin kaygısından çocuklar da olumsuz etkilenmekte ve bu sebeple birçok olumsuz davranış sergileyebilmektedirler (Çam ve Babacan-Gümüş, 2006). Bu

bağlamda, daha fazla çocuğa sahip olmak ev ve aile ortamında daha fazla problemli davranış ortaya çıkarması ve bu durumun bireylerin üzerinde daha fazla kaygı ve baskı yaratması gibi sebeplerle hastalığa psikososyal uyumu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Bu araştırmadaki kadınların klinik özelliklerine göre cinsel yaşam kalitesi ve hastalığa psikososyal uyumu incelendiğinde; hastalığın evresi, diğer bir hastalığın olup olmama durumu, kemoterapi ve radyoterapi alma durumu gibi klinik özelliklerin etkisi görülmüştür. Hastalığın üçüncü evresinde olan kadınların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve psikososyal uyumun alt boyutlarından olan mesleki çevre, aile ilişkileri, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre uyum düzeylerinin, birinci ve ikinci evredeki kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Geçmiş araştırmalara bakıldığında, bu araştırmanın aksine hastalık süresi uzadıkça psikososyal uyumun arttığını gösteren araştırmalara rastlanmıştır (Çam, Saka ve Babacan-Gümüş, 2009; Özkan, 1998-1999). Tanının üzerinden geçen zaman arttıkça meme kanseri olan kadınların hastalıkla baş etme kapasitelerinin arttığı ileri sürülmüştür (Çam, Saka ve Babacan-Gümüş, 2009). Öte yandan, bu araştırmada geçmiş araştırmaların tam aksi bir durum söz konusudur. Hastalık ilerledikçe agresifleşen tedavi, kemoterapide rejimin farklılaşması, radyasyonun artması gibi müdahalelerin ortaya çıkardığı bulantı, kusma, ağrı, saç dökülmesi gibi fiziksel problemlerin yanı sıra, kanserli hastalarda kanserin daha ileri evrede olduğuna ve tedavinin zorlaştığına yönelik algı hastaların psikososyal uyumlarını düşürebilmektedir. Hastalığın evresi, tedavi süresi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen geçmiş bir araştırma, tedavi süresi arttıkça fiziksel ve psikolojik semptomların arttığını, uzun süreli tedavinin ortaya çıkardığı vücut görünümündeki değişiklik, başkalarına bağımlı olmaktan kaynaklı benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma gibi durumların daha çok yaşandığını göstermiştir (Usta-Yeşilbalkan ve ark., 2005). Daha ileri düzey kanserlerde tümörün boyutunu küçültmek için kullanılan kemoterapi, çoğunlukla hormonel bozulmalara neden olmakta ve bu durum kemoterapi gören kadınların geleceğe yönelik bir kaygı duymalarıyla sonuçlanmaktadır (Schain, 1997). Doğurganlığı da etkileyen hormonel bozulmalar, özellikle çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar için daha olumsuz bir etki yaratmakta ve artan kaygı düzeyi psikososyal uyumu düşürmektedir (Schover, 1991). Bununla birlikte, tedavi süresi uzadıkça ve tedavi yoğunlaştıkça hastaların ev ve iş yaşamlarına ayırdıkları vakit, sosyal aktivitelere katılım, kendilerine ayır-

dıkları zaman gibi bireyleri motive edecek etkinliklere ayırılan zamanın azalması da psikososyal uyum üzerinde olumsuz bir etki yaratabilmektedir (Fadıloğlu ve Akyol, 1998). Yapılan araştırmalar, meme kanseri olan kadınların iş, aile ve sosyal yaşamlarındaki rollerinde olumsuz yönde değişiklikler olduğunu, kanser damgasının kişinin sosyal destek arayışını arttırdığını ve kimi zaman hastanın çevresindeki kişilerin bu durumla nasıl baş edeceklerini, hangi yaklaşımın hastaya daha iyi geleceğini bilememeleri gibi sebeplerle hastalardan uzaklaştıklarını göstermiştir (Fredette, 1995).

Meme kanseri nedeniyle MKC olmuş kadınların cinsel yaşam kaliteleri ve hastalığa psikososyal uyumları, kadınların başka bir hastalıklarının olup olmaması açısından incelendiğinde, ek bir hastalığın varlığının cinsel yaşam kalitesi ile hem genel psikososyal uyum hem de psikososyal uyumun alt boyutları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ek bir hastalığın oluşu cinsel yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki yaratmakta, başka bir hastalığı olan kadınların olmayan kadınlara göre cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Geçmiş araştırmalar bu araştırmanın aksine, kronik bir hastalığın varlığının meme kanseri tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Çayan ve ark., 2004). Ek bir hastalığı olan kişiler, bu hastalığa ilişkin birtakım başa çıkma mekanizmaları geliştirmiş ve bu mekanizmaları meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde de kullanıyor olabilirler. Bu şaşırtıcı bulgunun, sahip olunan hastalığın türü, kişilerin kullandığı başa çıkma mekanizmaları gibi diğer değişkenler ile birlikte incelenerek yorumlanması daha uygun olacaktır.

Diğer bir hastalığın olup olmaması ile psikososyal uyum arasındaki ilişki incelendiğinde, diğer hastalığın varlığının sosyal çevre alt boyutu hariç tüm alt boyutlarla ve toplam psikososyal uyumla ilişkili olduğu, başka bir hastalığı olan kadınların daha düşük psikososyal uyum düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Kemoterapinin ortaya çıkardığı sistemik etkiler nedeniyle kişide var olan diğer hastalıklar şiddetlenebilmekte ve bu ek hastalıklar eskisine kıyasla daha şiddetli seyredebilmektedir. Kemoterapinin en yaygın görülen fiziksel yan etkileri olan yorgunluk, baş ağrısı, bulantı, kas ağrıları gibi semptomların (Fadıloğlu, Yılmaz ve Esen, 1987) birçok hastalıkta yaygın olarak görüldüğü göz önünde bulundurulduğunda, ek bir hastalığı olan bireylerin olmayanlara kıyasla bu fiziksel semptomlara daha fazla sahip olması ve semptomların şiddetinin daha fazla olması, bunun sonucunda ise daha düşük psikososyal uyum gösteriyor olmaları muhtemeldir. Fiziksel semptomlara ek olarak meme kanseri hastalarında psikolojik semp-

tomlar da sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar en yaygın görülen psikolojik semptomlardan bazılarının kaygı, ölüm korkusu ve gelecek hakkında umutsuz olma olduğunu göstermektedir (Akdemir, 2003; Stein, Syrjala ve Andrykowski, 2008). Meme kanserine ek olarak başka bir hastalığı olan kişilerin kendi sağlık durumlarına ilişkin daha fazla endişeli ve geleceğe karşı daha umutsuz olmaları, bu durumun da daha düşük psikososyal uyumla sonuçlanması muhtemeldir.

Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi olmuş kadınların kemoterapi ve radyoterapi alma durumlarının cinsel yaşam kaliteleri ve hastalığa psikososyal uyumları ile ilişkisini incelemek amacıyla dört farklı grup (MKC, kemoterapi, radyoterapi, kemoterapi + radyoterapi) oluşturulmuş, cinsel yaşam kalitesi, genel psikososyal uyum ve psikososyal uyumun bazı alt boyutlarında gruplar arası farklılaşma olduğu görülmüştür. Cinsel yaşam kalitesi açısından incelendiğinde hem radyoterapi hem kemoterapi almış kadınların cinsel yaşam kalitelerinin yalnızca meme koruyucu cerrahi olmuş kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür fakat bu beklenmedik bulgunun kanser hastalığının doğası gereği çok büyük çoğunlukla radyoterapi ve kemoterapi gerektiriyor olmasından ve yalnızca MKC olmuş kadınların örneklemdeki çok küçük bir kısmı oluşturduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulgunun örneklem dağılımındaki eşitsizlikten kaynaklanan beklenmedik bir bulgu olduğunun düşünülmesinin sebebi, kemoterapinin cinsel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğunun geçmiş araştırmalar tarafından birçok kez gösterilmiş olmasıdır (Holzner ve ark., 2001). Geçmiş araştırmalar kemoterapinin, vajinal kuruluğa, ağrılı cinsel ilişkiye ve cinsel istekte azalmaya ve cinsel işlev bozukluklarına yol açtığını göstermektedir (Ganz ve ark., 1996; Holzner ve ark., 2001; Telli ve Gürkan, 2020). Bu araştırmanın asıl amacının radyoterapi ve kemoterapinin etkisini incelemek olmaması sebebiyle katılımcılar araştırmaya aldıkları tedavi yöntemine göre seçilmemiş ve bu nedenle homojen gruplar oluşturulamamıştır. Bu sebeple, gerek cinsel yaşam kalitesindeki farklılığı gösteren bu bulgular, gerekse hastalığa psikososyal uyuma ilişkin diğer bulgular, grupların homojen olmadığı bilgisi göz önünde bulundurularak yorumlanabilir. Bununla birlikte, radyoterapi ve kemoterapinin MKC olmuş kadınların cinsel yaşam kaliteleri ve psikososyal uyumları ile ilişkisini inceleyen ileri çalışmaların yapılması oldukça önemlidir. Hastalığa psikososyal uyum ile kemoterapi ve radyoterapi alma durumu detaylı bir şekilde incelendiğinde hem kemoterapi hem radyoterapi almış kadınların toplam psikososyal uyumunun, aile çevre-

si ve sosyal çevre uyumlarının yalnızca MKC olmuş kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Kemoterapinin, ağrı, yorgunluk, bulantı gibi fiziksel etkilerinin yanı sıra vücut görünümünde ortaya çıkardığı alopesi, cilt renginde değişimler gibi sorunlar sosyal izolasyona yol açabilmektedir (Akca, 2011; Gemalmaz ve Avşar, 2015). Benzer şekilde, kadınların vücut görünümüne ilişkin olumsuz düşünceleri arttıkça, evlilik uyumları azalmakta ve eşlerini kaybedeceklerine yönelik kaygıları artmaktadır (Yıldız ve Hiçdurmaz, 2019). Sonuç olarak, kemoterapi ve radyoterapinin hem olumsuz fiziksel sonuçları hem de bu fiziksel sorunların beraberinde getirdiği psikolojik sorunlar hastaların genel psikososyal uyumunu düşürmekte, sosyal ilişkilerine ve aile ilişkilerine zarar vermektedir. Benzer bir sonuç mesleki çevre ilişkilerinde de ortaya çıkmış, yalnızca MKC olmuş kadınların mesleki çevreye uyumlarının diğer gruplardaki kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel yorgunluğun etkisiyle mesleki yaşamlarını hastalık öncesinde olduğu gibi yürütmekte zorlanan kadınlar için mesleki çevre ilişkileri aynı zamanda bir sosyal ağı ifade ediyor ve vücut görünümlerinde ortaya çıkan olumsuz değişiklikler motivasyon kaybına uğramalarına yol açıyor olabilir.

Kemoterapi kür sayısı ile cinsel yaşam kalitesi ve hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişki incelendiğinde, kür sayısı ile yalnızca sağlık bakımına oryantasyon arasında bir ilişki olduğu, 1-3 kür terapi alan kadınların sağlık bakımına oryantasyonlarının 7 kür alan kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Psikososyal açıdan ele alındığında bu durum, kemoterapi alan kadınların tedavileri ilerledikçe uygulanan prosedürlere yönelik bilgilerinin artması, bu durumun yaşamlarının bir parçası haline gelmesi ve tüm bunların sonucunda da daha fazla kür alan kadınların uyum sağlamakta daha iyi olduklarını düşündürmektedir. Öte yandan, yapılan bu yorum kadınların tümünün aynı tip tümöre sahip olduğu düşünülerek yapılmakta, tümörlerin patolojisinin farklı olması durumunda kullanılan kemoterapi ajanlarının da değişiklik göstermesi sebebiyle uygulanan kür sayısı tek başına yeterli bilgi vermemektedir. Kullanılan ajanların türünü ve tümörün patolojisini de ele alarak kür sayısı ile psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

MKC olmuş kadınların cinsel yaşam kaliteleri ile hastalığa genel psikososyal uyumları ve psikososyal uyumun alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiş, hem cinsel yaşam kalitesinin hastalığa psikososyal uyumla hem de psikososyal uyum düzeylerinin birbirleriyle anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmüştür. Hastalığa genel psikososyal

uyum ve psikososyal uyumun alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, tüm alt boyutların birbirleriyle pozitif yönde anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Hastalığa psikososyal uyumun tüm alt boyutlarının birbirleriyle ve toplam uyumla anlamlı bir şekilde ilişkili olmasının yanı sıra toplam psikososyal uyumla en güçlü ilişkiler; aile çevresi, psikolojik baskı, mesleki çevre ve sosyal çevre arasında bulunmuştur. Bu durum, hastaların psikososyal uyumunu yükseltmek için aile desteğinin önemini ve bireylerin yaşadığı psikolojik baskının artmasının psikososyal uyumları üzerindeki olumsuz etkisini bir kez daha göstermiştir. Bununla birlikte bireyin mesleki ve sosyal çevresiyle uyumunun arttırılmasının da genel uyum düzeyi üzerinde etkili olacağı görülmektedir. Meme kanseri nedeniyle MKC olmuş kadınlar için tedavi sürecinde ve sonrasında verilecek destekleyici hemşirelik girişimlerinin içeriğinin belirlenmesi, yalnızca hastaya yönelik değil hastanın eşine ve diğer aile üyelerine yönelik psikososyal destek programları oluşturulmasının hastalığa psikososyal uyumu arttırmada çok büyük bir etkisinin olacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak, bireyin yaşadığı psikolojik baskının temel nedeninin anlaşılması ve bu baskıyı azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulması, bu girişimlerin grup terapisi gibi bireyin sosyal ilişkilerini geliştirecek uygulamaları içermesi psikososyal uyumu arttırabilecek niteliktedir. Cinsel yaşam kalitesi ile hastalığa psikososyal uyum düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, hastalığa kötü psikososyal uyum gösteren kadınların cinsel yaşam kalitelerinin orta ve iyi uyum gösteren kadınlardan, orta uyum gösteren kadınların ise iyi uyum gösteren kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsel yaşam kalitesi düzeyi ile hastalığa psikososyal uyum düzeyi arasında pozitif yönde yüksek bir ilişki olması oldukça beklenmedik bir bulgudur. Hastalığa psikososyal uyumda yüksek puanlar daha kötü uyumu gösterirken, cinsel yaşam kalitesinde alınan yüksek puanlar daha iyi bir cinsel yaşam kalitesini göstermekte, bu nedenle bu iki değişken arasındaki ilişkinin negatif yönde olması beklenmekteydi. Bu bulgular, cinsel yaşam kalitesi ile ilişkili olan beden imajı algısı gibi birtakım bireysel faktörlerin devreye girmiş olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, genç yaşta meme kanseri tanısı almış kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha yaşlı kadınlara göre daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu araştırmada örneklemin çok büyük çoğunluğunu 41 yaş üzeri kadınların oluşturması sebebiyle, psikososyal uyum azaldıkça cinsel yaşam kalitesinin de azalacağına varsayımımız doğrulanmamış olabilir. Başka bir deyişle, bu

araştırmadaki kadınların yaş ortalamasının yüksek olması cinsel yaşam kalitelerinin psikososyal uyumlarına kıyasla daha iyi olmasına yol açmış olabilmektedir. Ülkemizde bu konuda yapılan araştırmaların kısıtlı olması nedeniyle araştırma bulguları ilgili değişkenleri içeren benzer araştırmalar çerçevesinde yorumlanmıştır. Bu nedenle, bu araştırmanın bulguları hem homojen yaş grupları oluşturularak hem de beden imajı algısı, benlik saygısı, başa çıkma mekanizmaları gibi cinsel yaşam kalitesi be hastalığa psikososyal uyum ile ilişkili başka değişkenlerle birlikte ele alınarak tekrarlanmalıdır.

BÖLÜM 6. SONUÇ

6.1. Özet

Amaç: Bu araştırmada meme koruyucu cerrahisi yapılmış kadınların cinsel yaşam kalitelerinin ve hastalığa psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini 2018-2020 yılları arasında Göztepe Prof. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin cerrahi servislerinde meme kanseri tanısı alıp koruyucu cerrahi geçiren kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise Göztepe Prof. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi poliklinik ve gündüz tedavi ünitelerine 29 Ağustos – 3 Kasım 2020 tarihleri arasında kontrole gelen, en az altı ay önce meme koruyucu cerrahi operasyonu geçirmiş, 18-65 yaş aralığında, iletişim problemi olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılma kriterleri arasında kadınların en az okur-yazarlık seviyesinde eğitim düzeyine sahip olması; meme kanserinin I, II ya da III. evresinde olması ve 18 yaşından büyük olması bulunmaktadır. Belirtilen tarih aralığında kriterlere uyan, meme koruyucu cerrahi operasyon geçirmiş kadın sayısı 121 olmuştur ve araştırmaya katılan her bir katılımcı örneklem grubuna dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemi olasılığa dayanmayan örnekleme biçimlerinden bulabildiğini (convenience) örneklemedir. Araştırma değişkenleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programında analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında yer alan değişkenlerin ilişkiselliğini belirlemek amacıyla analitik analiz yöntemlerinden Pearson korelasyon, t-test ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Araştırmanın deseni kesitseldir.

Bulgular: Hastalığa kötü seviyede psikososyal uyum gösteren kadınların CYK puanları (57.47 ± 13.98) hastalığa orta seviyede (47.40 ± 12.95) ve iyi seviyede (34.73 ± 13.64) uyum gösteren kadınların CYK puanlarından yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, hastalığa orta seviyede psikososyal uyum gösteren kadınların CYK puanları (47.40 ± 12.95) hastalığa iyi seviyede uyum gösteren kadınların CYK puanlarından (34.73 ± 13.64) daha yüksektir.

Sonuç: Bu araştırma, hastalığa psikososyal uyumu kötü ve orta seviyede olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin hastalığa psikososyal uyumu iyi seviyede olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, kadınların hastalığa psikososyal uyumlarının ve cinsel yaşam kalitelerinin birtakım sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre farklılaştığı görülmüştür. Daha genç kadınların cinsel yaşam kaliteleri daha düşükken hastalığa psikososyal uyumları daha yüksek; ortaokulu mezunu kadınların sosyal çevreye uyum düzeyleri ilkokul mezunu kadınlara kıyasla daha yüksek; tek çocuğu olan kadınların mesleki çevreye uyumu ve seksüel ilişkileri daha iyi bulunmuştur. Köyde yaşayan kadınların seksüel ilişkilere uyum düzeyi ilde yaşayan kadınların uyum düzeyinden daha düşüktür. Klinik değişkenler incelendiğinde ek bir hastalığı olan kadınların cinsel yaşam kaliteleri daha yüksekken hastalığa psikososyal uyumlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Hem radyoterapi hem kemoterapi almanın hastalığa psikososyal uyumu düşürdüğü ve cinsel yaşam kalitesini arttırdığı görülmüş, 1-3 kür kemoterapi alan kadınların sağlık bakımına oryantasyonlarının 4-7 kür terapi alan kadınlara kıyasla daha kötü olduğu gözlemlenmiştir. Son olarak hastalığa psikososyal uyumun tüm alt boyutlarının birbirleriyle ve cinsel yaşam kalitesiyle pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür.

6.2. Yargı

Bu araştırma, meme koruyucu cerrahi olmuş kadınların hastalığa psikososyal uyumlarının ve cinsel yaşam kalitelerinin, hastaların yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı gibi birtakım sosyodemografik değişkenlere; radyoterapi ve kemoterapi alma, ek bir hastalığa sahip olma, kemoterapi kür sayısı gibi birtakım klinik değişkenlere göre farklılaştığını göstermiştir. Bununla birlikte, MKC olmuş kadınların hastalığa psikososyal uyumları ile cinsel yaşam kaliteleri arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, psikososyal uyum azaldıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı sonucuna varılmıştır. Beklenmedik bu bulgu, kadının cinselliği ve dış görünüşü için önemli bir organ olan memenin kaybına sebep olmayan MKC'nin cinsel yaşama olan olumsuz etkisi açısından mastektomiye göre avantajlı olabileceğini, kadınların hastalığa kötü bir psikososyal uyum gösterdikleri durumda bile cinsel yaşam kalitelerinin kötüleşmediğini göstermektedir. MKC olmuş kadınların hastalığa genel psikososyal uyumları ile aile çevresi, psikolojik baskı, mesleki çevre ve sosyal çevre arasındaki güçlü ilişki, oluşturulacak olan destekleyici hemşirelik girişimlerinde hangi alanlara ağırlık

verilmesinin daha faydalı olacağına yönelik bir ön bilgi vermesi açısından oldukça önemli bir bulgudur.

6.3. Öneriler

Bu araştırmanın bulgularına dayanarak, hastaların yaşam kalitesini ve hastalığa psikososyal uyumunu arttırmada önemli olduğu düşünülen destekleyici hemşirelik girişimlerine yönelik birtakım öneriler sunulmaktadır:

- Özellikle 41 yaş ve üzeri hastalara ve hasta yakınlarına, hastalığa psikososyal uyumlarını yükseltmek amacıyla hastalıkla ve tedavi süreciyle ilgili detaylı bilgi verilmesi ve bu süreçte yalnız olmadıklarının, gerektiğinde psikososyal desteğe ulaşabileceklerinin belirtilmesinin faydalı olacağı düşünülmekte,

- Orta yaş ve üzeri kadınlara kıyasla genç kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olması sebebiyle, kadınların cinsel yaşam kalitelerini yükseltmek ve aile ilişkilerine psikososyal uyumu arttırabilmek için eşlere ve diğer aile üyelerine hastalığa ilişkin duygu ve düşüncelerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamın hazırlanmasının önemli olduğu düşünülmekte,

- 41 yaş ve üzeri kadınların hastalığa psikososyal uyumlarının daha düşük olması sebebiyle psikososyal destek verilirken aile ilişkilerini güçlendirmenin hastalığa psikososyal uyumu arttırabileceği düşünülmekte ve ailelerin de dahil olabileceği çift ve aile seanslarının düzenlenmesi önerilmekte,

- Düşük eğitim düzeyine sahip olan kadınların sosyal uyumlarının daha düşük olması sebebiyle eğitim düzeyi düşük olan kadınların sosyal etkileşimlerini arttırmak için grup seanslarının düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmekte,

- Orta yaş ve üzeri kadınların hastalığa psikososyal uyumlarının düşük olmasından dolayı stres yönetimi becerilerinin, etkili başa çıkma stillerinin ve duygu düzenleme becerilerinin kazandırılması gerektiği düşünülmekte ve bu becerileri kazandırmada hastaya yol gösterebilmesi için hemşirelere gerekli eğitimlerin verilmesi önerilmekte,

- Çocuk sayısı arttıkça mesleki çevreye uyumun düşmesi sebebiyle çocuk sahibi olan kadınların zamanlarını daha etkili kullanabilmeleri amacıyla evde bakım ve rehabilitasyon programlarının geliştirilmesine yönelik çalışmaların arttırılması önerilmektedir.

Özetle, meme kanseri nedeniyle MKC olmuş kadınların hastalığa psikososyal uyumlarının ve cinsel yaşam kalitelerinin birtakım sosyodemografik özelliklerinden etkilendiği görülmüş ve bu doğrultuda birtakım girişim önerileri sunulmuştur. Bu girişimlerin, özellikle daha genç kadınların aile üyelerinin hastalığa yaklaşımını olumlu yönde etkileyeceği ve bu süreçle baş etmelerini kolaylaştıracağı; yaratılan güven ortamının hem aile üyelerinin yaşadıkları olumsuz duyguları hem de bu duygular sebebiyle hastaya olan olumsuz yaklaşımı iyileştirebileceği, bunun sonucunda ise hastalığa psikososyal uyumu arttıracağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, oluşturulan çift/aile ve grup seanslarının hem aile üyeleri ile hem de sosyal çevre ile olan ilişkiyi olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip olan ve sosyalleşme fırsatı daha kısıtlı olan kadınların grup seanslarına katılımı ile sosyal çevre uyumu olumlu yönde etkilenebilir. Hem bireysel seanslarda hem de grup seanslarında hastaların psikolojik baskılarını azaltmaya yönelik kısa süreli psikoterapötik müdahalelerde bulunulmasının hastaların kaygısını azaltmaya yardımcı olacağı ve psikososyal uyumlarını arttıracağı düşünülmektedir.

EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

TANIMLAYICI OZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz:
   ( ) Kadın ( ) Erkek
2. Yaşınız:
   ( ) 20'den küçük ( ) 21-40 yaş ( ) 41 ve yukarısı
3. Eğitim durumunuz Nedir?
   ( ) Okur-Yazar
   ( ) İlkokul
   ( ) Ortaokul
   ( ) Lise
   ( ) Üniversite Ve Üzeri
4. Medeni durumunuz Nedir ?
   ( ) Evli
   ( ) Bekar
5. Kaç çocuğunuz bulunmaktadır?
   ( ) Yok ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ve üzeri
6. Çalışma durumunuz Nedir ?
   ( ) Tam Gün Çalışıyorum
   ( ) Yarım Gün Ya da Belli Saatlerde Çalışıyorum
   ( ) Çalışmıyorum
7. İş-Mesleki statünüz Nedir ?
   ( ) Memur
   ( ) İşçi
   ( ) Serbest Meslek
   ( ) Ev hanımı
   ( ) Emekli
8. Kiminle birlikte yaşamaktasınız ?

( ) Evde Yalnız

( ) Eşimle

( ) Eşim Ve çocuklar

( ) Diğer Aile Üyeleri (Anne, Baba, Kardeşler, Gelin,Torun v.b.)

9. Nerede yaşıyorsunuz?

( ) İl

( ) İlçe

( ) Köy

Bu bölümde hastaların hastalığına ilişkin tanıtıcı özelliklerini içeren sorular yer almaktadır

10. Hastalığınızın tanısı ne zaman konuldu? (Ay - Yıl olarak)

( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl önce ( ) 5-10yıl ( ) 10 yıldan fazla

11. Hastalığınızın evresi nedir?

( ) Evre l ( ) Evre ll ( ) Evre lll ( ) Evre lV

12. Ailenizde ya da akrabalarınızda Meme Kanseri Hastalığı olan var mı?

( ) Evet

( ) Hayır

13. Bakımından sorumlu olduğunuz kişi/kişiler var mı?

( ) Evet

( ) Hayır

14. Başka bir tanı konulan hastalığınız var mı? (psikolojik dahil)

( ) Evet

( ) Hayır

EK 2

CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak size uygunluk derecesine sağ taraftaki seçeneklerden bir tanesini **(X)** ile işaretleyiniz. Veriler yalnızca bilimsel araştırma amaçlı kullanılacaktır. Samimiyetle vereceğiniz cevaplar araştırmayı olumlu yönde etkileyecektir. Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

	Hiç Katılmıyorum	**Çoğunlukla Katılmı-**	**Kısmen Katılmıyorum**	**Kısmen Katılıyorum**	**Çoğunlukla Katılıyo-**	**Tamamen Katılıyo-**
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum.						
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum.						

14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

EK 3

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

BÖLÜM I: Sağlık Bakımına Oryantasyon

1- Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

a- Sağlığımla ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.

b- Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.

c- Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.

d- Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2- Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

a- Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.

b- Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.

c- Hastalığımın bakım ve koruması için yaptığım uygun bir çok şey var.

d- Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3- Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

a- Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar

b- Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.

c- Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.

d- Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4- Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

a- Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.

b- Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

c- Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.

d- Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5- Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

a- Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

b- Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.

c- Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.

d- Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6- Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a- Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b- Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c- Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d- Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7- Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

a- Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b- Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c- Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d- Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8- Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a- Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.

b- Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c- Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d- Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II: Mesleki Çevre

1- Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a- Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b- Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.

c- Bazı ciddi sorunlar var.

d- Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2- Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a- Kötü durumda b- Pek iyi değil c- Yeterli d- Çok iyi

3- Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

a- 3 gün ve daha az b- 1 hafta c- 2 hafta d- 2 haftadan daha çok .

4- Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

a- Şu an hiç önemli değil

b- Oldukça az bir öneme sahip

c- Eskiye göre biraz önemini yitirdi

d- Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5- Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

a- Amaçlarım değişmez

b- Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

c- Amaçlarım önemli ölçüde değişti

d- Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6- Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlendi mi?

a- Sorunlarda büyük artış var

b- Sorunlarda orta dereceli bir artış var

c- Sorunlarda az ölçüde bir artış var

d- Sorunlarda artış yok

BÖLÜM III: Aile Çevresi

1- Hastalanmanızdan bu yana eşiniz (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

a- İyi b- Fena değil c- Kötü d- Çok kötü

2- Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb)?

a- Çok kötü b- Kötü c- Fena değil d- İyi

3- Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

a- Bir engelleme olmadı

b- Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir

c- Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil

d- Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4- Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

a- Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı

b- Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler

c- Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı

d- Bu konuda bir sorun yok

5- Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

a- İletişimde bir azalma yok

b- Çok az ölçüde bir azalma oldu

c- İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum

d- İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6- Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

a- Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.

b- Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.

c- Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.

d- Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

7- Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

a- Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

b- Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

c- Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

d- Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8- Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

a- Önemli ölçüde maddi sıkıntım var

b- Orta derecede maddi sıkıntılarım var

c- Çok az maddi problemim var

d- Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV: Seksüel İlişki

1- Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

a- İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı

b- Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı

c- Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı

d- Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

2- Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

a- Hastalığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.

b- Cinsel istekte belirgin bir azalma var

c- Cinsel istekte hafif bir azalma var

d- Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3- Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

a- Cinsel aktivitede bir azalma yok

b- Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var

c- Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var

d- Cinsel tatminde bir değişiklik yok

4- Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

a- Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu

b- Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var

c- Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var

d- Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5- Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

a- Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok

b- Cinsel performansımla ilgili ufak problemler var

c- Önemli cinsel problemlerim var

d- Cinsellikten tamamen koptum

6- Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

a- Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var

b- Bu konuda yoğun farklılıklar var

c- Bazı farklılıklar var

d- Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V: Geniş Aile İlişkileri

1- Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabanızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre) ?

a- Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu

b- Görüşmeler biraz azaldı

c- Görüşmeler belirgin olarak azaldı

d- Hastalık süresince hiç görüşmedik

2- Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

a- Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu

b- Öncekine oranla olan ilgi ve isteğim çok azaldı

c- İlgim bir parça azaldı

d- İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı.

3- İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikri yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

a- Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar

b- Yeterince yardımcı oluyorlar

c- Yardım ediyorlar ama yeterince değil

d- Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4- Bazı insanlar hastane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

a- Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu

b- Bağlılığım önemli ölçüde azaldı

c- Bağlılığım biraz azaldı

d- Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5- Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

a- İyi b- Fena değil c- Kötü d- Çok kötü

BÖLÜM VI: Sosyal Çevre

1- Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

a- İlgim tıpkı eskisi gibi

b- Eskisine göre biraz daha az

c- Eskisine göre önemli ölçüde azaldı

d- Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2- Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

a- Katılımım çok az ya da hiç yok

c- Katılımım önemli ölçüde azaldı

d- Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi

e- Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3- Hastalığınızda öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb) ilgi duyuyor musunuz?

a- İlgim tıpkı eskisi gibi

b- Eskisine göre biraz daha az

c- Eskisine göre önemli ölçüde azaldı

d- İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı.

4- Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

a- Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok

b- Katılımım önemli ölçüde azaldı

c- Katılımım biraz azaldı

d- Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5- Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

a- İlgim tıpkı eskisi gibi

b- Eskisine göre biraz daha az

c- Eskisine göre önemli ölçüde azaldı

d- İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6- Bu faaliyetler olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

a- Katılımım çok az ya da yok

b- Katılımım önemli ölçüde azaldı

c- Katılımım biraz azaldı

d- Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII: Psikolojik Baskı

1- Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

a- Olmadı b- Çok az c- Oldukça fazla d- Aşırı derecede

2- Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

a- Aşırı derecede b- Oldukça fazla c- Çok az d- Olmadı

3- Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

a- Olmadı b- Çok az oldu c- Oldukça fazla d- Aşırı derecede

4- Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

a- Aşırı derecede b- Oldukça fazla c- Çok az d- Olmadı

5- Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

a- Olmadı b- Çok az oldu c- Oldukça fazla d- Aşırı derecede

6- Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

a- Aşırı derecede b- Oldukça fazla c- Çok az d- Olmadı

7- Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

a- Olmadı b- Çok az oldu c- Oldukça fazla d- Aşırı derecede

EK 4

T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

EK 5

T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onayı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 6

İstanbul Göztepe Prof. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Araştırma İzin Onayı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 7

Bilgilendirilmiş Onam Formu

	BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	Doküman No	FR-088
		İlk Yayın Tarihi	20.12.2017
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	
		Sayfa	2/2

.../.../20...

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Hanım BOZKURT tarafından yürütülen "**MEME KANSERİ NEDENİYLE KORUYUCU CERRAHİ YAPILMIŞ HASTALARDA CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOSOSYAL UYUM**" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

a. Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, 2015 – 2020 yılları arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servislerinde yapılacaktır. Araştırmanın amacı açıklanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden meme kanseri tanısı alıp koruyucu cerrahi geçiren hastalardan bilgilendirilmiş onam alınacaktır.

b. Araştırmanın İçeriği: En az 6 ay önce geçirmiş olduğunuz meme koruyucu cerrahi operasyondan sonra Kişisel Bilgi Formu, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hastalığa Psikososyal uyum- Öz Bildirim Ölçeği uygulanacaktır ve bunları doldurmanız istenecektir.

a. Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma x☐ Tez çalışması

2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

KAYNAKÇA

Adaylar, M. (1995*). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz- bakım yönelimleri* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Aguilar Cordero, M. J., Mur Villar, N., Neri Sánchez, M., Pimentel-Ramírez, M.L., García-Rillo, A., ve Gómez Valverde, E. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutricion Hospitalaria,* 31(1), 371-379.

Akca, M. (2011). *The effects of treatment on psychosocial and sexual life as well as on quality of life in patients with breast cancer who underwent to surgical therapy.* Mersin. T.C. Mersin University Faculty of Medicine, Department of Internal Medical Sciences. Expertise thesis.

Akdemir, N. (2003). *Kanser Tedavileri ve Hemşirelik Bakımı*. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, I Baskı, İstanbul, 265.

Andreasen, N. J. C., Noyles, R., Jr., ve Hartford, C. E. (1972). Factors influencing adjustment of burn patients during hospitalization. *Psychosomatic Medicine, 34:* 517-525

Aydıner, A., ve Topuz, E. (2006). *Meme Kanseri Tanı-Tedavi-Takip*. İstanbul Konsensusu. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Aygin, D., ve Eti-Aslan, F. (2008). Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 42:105.

Aygün, M. (1995). *Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması.* Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal acıdan kanser. 5. Ulusal Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı, İstanbul, 140-153.

Babacan, A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi, 2* (3).

Badger, T., Segrin, C., Dorros, S.M., Meek, P. ve Lopez, A.M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research,* 56:44-53.

Bağ, B. (2013). Kanser hastalarında uzun dönemde görülen sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(1)*:109- 126.

Brearley, S.G., Stamataki, Z., Addington-Hall, J., Foster, C., Hodges, L., Jarrett, N. vd. (2011). The physical and practical problems experienced by cancer survivors: a rapid review and synthesis of the literature. *Eur J Oncol Nurs, 15*:204-212.

Bulotiene, G., Ostapenko, V., ve Veseliunas, J. (2005). Influence of social factors on the quality of life after cancer surgical treatment. *Acta Medica Lituanica, 12*, 79-83.

Cavanaugh, B.C., ve McNally, S. (2010). *Mammography*. Sauter E, Daly MB, Editors. Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection. 2010; 117-132.

Coleman, M.P., Quaresma, M., Berrino, F., vd. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol., 9*:730–756. – PubMed.

Coşar, Z. B. (2015). *Cerrahi Operasyon Geçirmiş Meme Kanseri Hastalarinda Travma Sonrasi Gelişimi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi https://acikerisim.uludag.edu.tr/handle/11452/1415.

Çam, O., ve Babacan-Gümüş, A. (2006). Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Davranışlarını Etkileyen Psikososyal Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 22*(1): 81-93.

Çam, O., ve Saka, Ş., & Babacan-Gümüş, A. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2): 69-77.

Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., ve Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction in Turkish women. *Urologia Internationalis, 72*(1): 52-57.

Denizgil, T., & Sönmez, İ. (2015). Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçirmiş Kadınlarla Mastektomi Operasyonu Geçirmiş Kadınlar Arasında Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Doyum ve Cinsel Yaşantıların Karşılaştırılması. *Yeni Symposium, 53*(3): 17-25.

Derogatis, L. R., Lopez, M. C., ve Zinzeletta, E. M. (1988). Clinical applications of the DSFI in the assessment of sexual dysfunctions. In R. A. Brown & J. R. Field (Eds.), *Treatment of sexual problems in individual and couples therapy* (pp. 167–186). PMA Publishing Corp.

Dikencik, K. B. (2003). *Jinekolojik kanser ve cinsel disfonksiyon.* 2. Uluslar arası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu, Antalya, 2003; 79-94.

DSÖ, 2020. Breast Cancer: prevention and control. https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html, Erişim Tarihi: 22.10.2020.

Erbaş, N., & Demirel, G. (2016). Kadın Sağlığının Değerlendirilmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5 (2), 84-91. Erişim yeri: https://dergipark.,org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/23824/253819

Ertem, G., Kalkim, A., Bulut, S., & Sevil, U. (2009). Quality of life and needs towards home care of patients treated with radiotherapy. *J Maltepe University Nursing Science and Art, 2*: 3-12.

Fadıloğlu, Ç., & Akyol, A.D. (1998). *Meme kanseri olan kadınlarda hastalığa uyumda kullandıkları başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi.* Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı, E Ü. Kadın Sorunları Araştırma Uygulama Merkezi ve Ege Üniversitesi Kadın Araştırmaları Derneği Yayını, 1998.

Fadıloğlu, Ç., Yılmaz, D., ve Esen, A. (1987). Hekim ve hemşirelerin kanserli hastaya açıklayıcı yak/aşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1*: 14-22.

Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine, 18*(10): 889–898. doi:10.1016/0277-9536(84)90158-8.

Fredette, S. L. (1995) Breast Cancer Survivors: Concerns and Coping. *Cancer Nursing, 18*: 35-46. http://dx.doi.org/10.1097/00002820-199502000-00006.

Friedman, L. C., Baer, P. E., Lewy, A., Lane, M., ve Smith, F. E. (1989). Predictors of Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 6*(1-2): 75–94. doi:10.1300/j077v06n01_05.

Ganz, P., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M., & Petersen, L. (1996) Breast cancer survivors: psychological concerns and quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology 16,* 501– 514.

GBD 2017 SDG Collaborators. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 8 Nov 2018: 392.

Gemalmaz A, & Avşar G. (2015). Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: kalitatif bir çalışma. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12:*93-98.

Grimsey, E. (2011). *An overview of the breast and breast cancer*. Harmer V, Editor. Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 2011; 1-18.

Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(*2):343.

Güler, C. (2017). *Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçiren ve Mastektomi Geçiren Kadınların, Beden Algısı ve Cinsel Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Güven, E. (2019). *Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=3cDQsch-j1qKmLUNyozlgQ&no=11lcE0tayzcG8dobswJ8PA.

Henderson, I.C. (2015). *Breast Cancer Fundamentals of Evidence-Based Disease Management*. New York, Oxford University Press. 2015; 1-23.

Holzner, B., Kemmler, G., Sperner-Unterweger, B., Kopp, M., Dunser, M., Margreiter, R., Marschitz, I., Nachbaur, D., Fleischhacker, W.W., & Greil, R. (2001). Quality of life measurement in oncology a matter of the assessment instrument? *Eur J Cancer, 37(*18): 2349–56.

Howes, B. H. L., Watson, D. I., Xu, C., Fosh, B., Canepa, M., & Dean, N. R. (2016). *Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 69*(9), 1184–1191. doi: 10.1016/j.bjps.2016.06.004.

Hughet, P., Gurgel, M. S. C., Pinto-Neto, A., Osis, M., ve Moraes, S. (2007). Sexuality and quality of life in breast cancer survivors in Brazil. *The Breast Journal, 13*, 537– 538.

Hussain Rawther, S. C., Pai, M. S., J Fernandes, D., Mathew, S., Chakrabarty, J., & Devi, E. S. (2020). *Specialist nurse-initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomized controlled trials. Journal of Clinical Nursing.* doi:10.1111/jocn.15268.

Jun, E.Y., Kim, S., Chang, S.B., Oh, K., Kang, H.S., ve Kang, S.S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nursing, 34*(2):142-149.

Kedde, H., van de Wiel, H. B. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & Wijsen, C. (2012). *Sexual dysfunction in young women with breast cancer. Supportive Care in Cancer, 21(1), 271–280.* doi:10.1007/s00520-012-1521-9.

Kroenke, C. H., Michael, Y. L., Poole, E. M., Kwan, M. L., Nechuta, S., Leas, E., … Chen, W. Y. (2016). *Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the After Breast Cancer Pooling Project. Cancer, 123*(7), 1228–1237. doi:10.1002/cncr.30440

Mathes, S., ve Lang, J. (2006). *Breast Cancer: Diagnosis, therapy and postmastectomy reconstruction*. Ed: Hentz V, Mathes S. Plastic Surgery. Elsevir Inc. Philadelphia, 2006.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Breast Cancer Treatment – Health Professional Version. 2019. Erişim adresi https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq on.

Newcomb, P. O., & Wernli, K.J. (2010). *Risk factors*. Sauter E, Daly MB, Editors. Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection. London. Springer Science, Business Media. 2010; 3-22.

Oktay, A. (2012). *Mamografi.* Özmen, V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Müslümanoğlu, M., Utkan, Z., Editörler. Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2012; 3-16.

Önen-Sertöz, Ö., Elbi-Mete, H., Noyan, A., Alper, M., & Kapkaç, M. (2004). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.

Özkan, S. (1998-1999). *Hastalıklara psikolojik tepkiler*. 5. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı, İstanbul.

Özkan, S., ve Turgay, M. (1992). Mastektomi olgularında psikiyatrik morbidite, psikososyal uyum ve kanser, organ kaybı psikopatoloji ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi, 29*(4): 207-215.

Petrucelli, N., Daly, M. B., & Pal, T. (2016). BRCA1- and BRCA2-Associated Hereditary Breast and Ovarian Cancer. In M. P. Adam, H. H. Ardinger, R. A. Pagon, S. E. Wallace, L. J. H. Bean, K. Stephens, A. Amemiya (Eds.), GeneReviews® [Internet]. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20301425.

Rodrigues Guedes, T.S., Dantas de Oliveira, N.P., Holanda, A.M., Reis, M.A., da Silva, C.P., Rocha e Silva, B.L., et al. (2018). Body Image of Women Submitted to Breast Cancer Treatment. *Asian Pac J Cancer Prev, 19:*1487–93. [CrossRef].

Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., … Ganz, P. A. (2016). *American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 66(1), 43–73.* doi:10.3322/caac.21319.

Sağlık Bakanlığı, 2017. Kanser nedir. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri, Erişim Tarihi: 05.10.2018.

Schain, W. (1997). Psychosocial issues and life-cycle concerns of women with breast cancer. *Cancer Prev. Control, 1*(2): 122-132.

Schover, L.R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA Cancer J Clin., 41*(2): 112-120. (PMID: 1900030).

Soygür, H., Özalp, E., Cankurtaran, E. ve ark., (2004). *Meme kanseri hastalarında uygulanan tedavinin türü psikiyatrik tanı dağılımını etkiliyor mu?* 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Program ve Özet Bildirileri Kitabı. 28 Eylül- 3 Ekim 2004, İzmir, 598-600.

Soylu, C. (2016). *Orta Yetişkinlikte Benlik Saygısı, Hayatın Anlamı ve Psikososyal Uyum Arasındaki İlişkiler: Meme Kanseri Hasta Örneklemi.* (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/3657.

Stein, K. D., Syrjala, K. L., ve Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer, 112*(11): 2577–2592. Doi:10.1002/cncr.23448

Symonds, T., Boolell, M., & Quirk, F. (2005). Development of questionnaire on sexualquality of life in women. *J Sex Marital Ther, 31*: 385-97.

Telli, S., & Gürkan, A., (2020). Examination of Sexual Quality of Life and Dyadic Adjustment among Women with Mastectomy. *European Journal of Breast Health, 16*(1): 48-54.

Tsaras, K., Papathanasiou, I.V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., & Fradelos, E.C. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pac J Cancer Prev, 19*(6):1661-1669.

Tuğut, N., & Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Türkçe Versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi, 32*, 172-180.

Tuzcuoğlu, N. (1995). "Psikanaliz kuramı ve özellikleri". *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 7*: 275-285.

TÜİK, 2017. https://www.tuik.gov.tr/. Erişim Tarihi: 02.01.2020.

Usta-Yeşilbalkan, Ö., Durmaz-Akyol, A., Çetinkaya, Y., Altın, T., & Ünlü, D. (2005). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 21* (1), 13-31. Erişim Yeri: https://dergipark.,org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/49611/635861.

Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A.Ş., ve ark. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 282:* 85-92.

Ward, B., & Reis, A. (2001). *Breast Disease*. Ed: Noble J, Primary Care Medicine, Third edition, Mossby St. Loussis, pp: 364-367, 2001.

Weinberger, M.I., Roth, A.J., & Nelson, C.J. (2009). Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist, 14*:60-66.

Wenzel, L. B., Fairclough, D. L., Brady, M. J., Cella, D., Garrett, K. M., Kluhsman, B. C., … Marcus, A. C. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer, 86*(9): 1768–1774. Doi:10.1002/(sici)1097-0142(19991101)86:9<1768: aid-cncr19>3.0.co;2-o

Wenzel, L.B., Fairclough, D.L., Brady, M.J., Cella, D., Garrett, K.M., Kluhsman, B.C., Crane, L.A., ve Marcus, A.C. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer, 86*:1768–74. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10547550. Erişim Tarihi: 20.02.2020.

World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence. Erişim: 22. 03. 2020, http://globocan.iarc.fr/Default.aspx

Yıldız, G., & Hiçdurmaz, D. (2019). Meme Kanserinin Psikososyal Bakımında Gözden Kaçırılan Kısım: Eşler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 11(2)*:239-247. doi:10.18863/pgy.418084.