

ZÜHAL SEL

**MEME KANSERİ NEDENİ İLE CERRAHİ OPERASYON GEÇİREN KADINLARDA BEDEN
ALGISI, CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

İSTANBUL 2019

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MEME KANSERİ NEDENİYLE CERRAHİ OPERASYON
GEÇİREN KADINLARDA BEDEN ALGISI, CİNSEL
YAŞAM KALİTESİ VE EVLİLİK UYUMU İLİŞKİSİ**

Zühal SEL

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

MEME KANSERİ NEDENİYLE CERRAHİ OPERASYON
GEÇİREN KADINLARDA BEDEN ALGISI, CİNSEL
YAŞAM KALİTESİ VE EVLİLİK UYUMU İLİŞKİSİ

Zühal SEL
164003008

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Zühal SEL
Danışman : Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ

Tez Savunma Tarihi : 17.06.12019
Tez Savunma Saati :11.00

Tez Konusu : "Meme Kanseri Nedeniyle Cerrahi Operasyon Geçiren Kadınlarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu İlişkisi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr.Öğr.Üyesi Mehtap KIZILKAYA (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Doç.Dr. Gülzade UYSAL	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

ÖZET

Bu çalışma, meme kanseri nedeniyle cerrahi operasyon geçiren kadınlarda beden algısı, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumu ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışmanın evrenini, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi medikal ve radyasyon onkolojisi anabilim dalı kliniklerine ve gününbirlik kemoterapi ünitesine Mayıs-Temmuz 2018 tarihleri arasında başvuran, meme kanseri nedeniyle cerrahi operasyon geçiren 175 kadın oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçilmeden evren üzerinde çalışılmak istenmiş, ancak çalışmaya katılmak istemeyenler, eşinden boşanmış, bekâr ve eksik doldurulmuş anketler olması nedeniyle 106 kadın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma verileri, Sosyodemografik Veri Formu, Beden İmajı Ölçeği (BİÖ), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) ve İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ) ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdelik hesaplamaları Sperman Korelasyon, Kruskal-wallis, Mann-whitney U testi ve t testi kullanılmıştır.

Mastektomi geçiren 51 ve meme koruyucu cerrahi geçiren 55 kadının katıldığı çalışmada, kadınların %53,8'inin 46 yaş ve üzeri yaş grubunda, %88,7'sinin 11 yıl ve üzeri süredir evli olduğu, %71,7'sinin ameliyatının evlilik ilişkisini etkilemediği, %54,7'sinin ameliyatın cinsel yaşamını etkilemediği, %14,2'sinin ameliyat sonrası psikolojik destek aldığı ve %38,7'sinin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların BİÖ puan ortalaması $110,76 \pm 16,95$, CYKÖ puan ortalaması $73,03 \pm 14,36$ ve İMÖ puan ortalaması $35,11 \pm 7,18$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların BİÖ ile CYKÖ ve İMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmış ($p < 0,05$) ve CYKÖ ile İMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, meme kanserli kadınlarda cerrahi operasyon geçirmenin beden imajı, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumunu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularına dayanarak, meme kanseri nedeni ile cerrahi operasyon geçiren kadınların psikososyal sorunlarının çözümlenebilmesi için Konsültasyon- Liyezon psikiyatrisi ile iş birliği yapılması ve bu

kadınlara yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp, kadının gereksinimlerine cevap verecek şekilde uygulanması önerilebilir. Hemşirelerin hem klinikte hem de hastaların kendi ev ortamında bulundukları dönemlerde hastaların eş uyumlarını ve cinsel doyum düzeylerini bilmeleri sayesinde yapacakları ve planlayacakları girişimlerle, hastaların sosyal iyiliği ve hastalığın prognozunda pozitif etkiye sahip olabilecekleri düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, Mastektomi, Koruyucu cerrahi, Beden imajı, Cinsel yaşam kalitesi, İlişkilerde mutluluk.



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY PERCEPTION, SEXUAL QUALITY OF LIFE AND MARITAL ADJUSTMENT IN WOMEN WHO UNDERWENT SURGICAL OPERATION FOR BREAST CANCER

This study was conducted to determine the relationship between body perception, sexual quality of life and marital adjustment in women who underwent surgical operation for breast cancer.

The universe of descriptive and cross sectional study was based on 175 women who underwent surgery due to cancer and who applied to the Kocaeli University Medical Faculty Hospital. At first, it was intended to study on all 175 patients but because of some reasons (such as the presence of divorced or single patients, patients who rejected to participate the study and incomplete questionnaires), 106 women were included in the study. The data of the study were obtained with the Sociodemographic Data Form, Body Image Scale (BİS), Sexual Quality of Life Scale (SQLS) and Happiness Scale in Relationships (HSR). In evaluation of the data, number- percentage calculations with Sperman Correlation, Kruskal-wallis, Mann Whitney U test and T test statistical methods has been used.

51 women undergoing mastectomy and 55 women undergoing breast-conserving surgery were included in the study. Findings of the study are; 53.8 % of women were at the age of 46 years and over, 88.7 % were married for 11 years and over, at 71.7 % of women, surgery did not affect their marital relationship, at 54.7 % of women, surgery did not affect their sexual life, 14.2 % of women took post-operative psychological support and 38.7 % of women need psychological support. The participants average score of BİS was found to be $110,76 \pm 16,95$, $73,03 \pm 14,36$ as the average score of SQLC and the HSR average score was found to be $35,11 \pm 7,18$. A weak positive correlation was found between the BİS with SQLC and HSR average score of the participants (p ,005) and the average score of SQLC with HSR.

According to the results of the study, it was determined that having surgical operation in breast cancer women, negatively affected body image, sexual life quality and marital adjustment. Based on the research findings, it is recommended to cooperate with consultation liaison psychiatry to solve the social problems of women who underwent surgery due to breast cancer, and appropriate nursing initiatives for these women can be proposed to be planned and applied to meet the needs of women. With the interventions of nurses in both the clinic and the patients in their home environment when they know the co-harmony of patients and their level of sexual satisfaction, the social welfare of the patients and the disease may have a positive effect on the prognosive prognosis.

Key words: Breast cancer, Mastectomy, Preventive surgery, Body image, Sexual quality of life, Happiness in relationships.

ÖNSÖZ

Tez konusunun belirlenmesinden tezin son aşamasına kadar bana yol gösteren, tezimin her aşamasında yardımlarını benden esirgemeyen, bilgi ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan ve en zor zamanlarımda yanımda olan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ' a en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji servisinde beraber çalıştığım tüm mesai arkadaşlarıma, Günübirlik Kemoterapi ve Radyoterapi ünitesinde çalışan değerli arkadaşlarıma,

Beni yetiştiren ve bu günlere gelmemde en büyük emeği olan maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili annem Sultan ÖZGÜN' e,

Çalışmam boyunca her zaman sabırla beni destekleyen, motive eden, güveni ve sevgisiyle her zaman yanımda olan kıymetli eşim Mustafa SEL'e,

Kendilerinden çaldığım zamana rağmen bana güç veren, varlıkları ile hayatıma anlam ve mutluluk katan canım kızlarım Ceylin Ece ve Begüm Nisa'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zühal SEL

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.


.....
Zühal SEL

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
BEYAN.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Meme Kanseri Tanımı.....	5
2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	10
2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	17
2.5. Meme Kanseri Tedavisi.....	17
2.5.1. Mastektomi.....	19
2.5.2. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC).....	20
2.5.3. Aksiller Diseksiyon.....	21
2.6. Beden İmajı ve Meme Kanseri.....	22
2.7. Cinsel Yaşam Kalitesi ve Meme Kanseri.....	25
2.8. İlişkilerde Mutluluk ve Meme Kanseri.....	28
2.9. Meme Kanseri Eşlerin Rolü ve Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar	30
2.10. Meme Kanseri Nedeniyle Kadın ve Eşlerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Başetmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.5. Veri Toplama Araçları.....	36
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	36
3.5.2. Beden İmajı Ölçeği-Vücut/Kişi İlişkisi Testi (BİÖ-VKİT).....	36
3.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ).....	37
3.5.4. İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ).....	37
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	38
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	91

TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	39
Tablo 2. Katılımcıların Evlilik ve Eşi İle İlişkisine Ait Özelliklerine Göre Dağılımı	40
Tablo 3. Katılımcıların Hastalık ve Tedavi Süreçlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	41
Tablo 4. Ölçeklerin Puan Ortalaması	42
Tablo 5. Ölçekler Arasındaki Korelasyon	42
Tablo 6. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	43
Tablo 7. Katılımcıların Evlilik ve Eşi İle İlişkisine Ait Özelliklerine Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	44
Tablo 8. Katılımcıların Hastalık ve Tedavi Süreçlerine İlişkin Özelliklerine Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	46
Tablo 9. Beden İmajı Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları	47
Tablo 10. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları	47
Tablo 11. İlişkilerde Mutluluk Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları	48

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BIÖ	: Beden İmajı Ölçeği
CYKÖ	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği
İMÖ	: İlişkilerde Mutluluk Ölçeği
BMI	: Vücut Kitle İndeksi
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
OKS	: Oral Kontraseptif Kullanımı
MKC	: Meme Koruyucu Cerrahi
ALND	: Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu
SLNB	: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi
ANA	: Amerikan Hemşireler Derneği
n	: Sayı
%	: Yüzde
Ss	: Standart sapma

1.GİRİŞ

Meme kanseri, kadınlarda dünyada en sık görülen ve ölüm oranı akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alan kanser türüdür. Türkiye’de kadınlarda görülen tüm kanser türleri arasında %43 oranında olmasıyla ilk sıradadır (1). Ülkemizde bölge ve şehirlere göre değişkenlik gösterebilen meme kanseri yaygınlığı her geçen yıl %1,5 oranında artış göstermektedir (2,3).

Kadınlarda en sık rastlanan kanser türü olan meme kanseri kadınlar tarafından yaşamın ve kadınlığın tehdit altında algılandığı bir hastalıktır. Memeler kadınlarda dişiliği ve cinselliği sembolize etmektedir ve bu nedenle meme kanseri kadının ruhsal durumunu daha çok etkilemektedir. Meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, kanserin nüksetme korkusu, ölüm kaygısı, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması ve kadınlık özelliklerini kaybetme korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu bilinmektedir. Meme kanserli kadınlarda yapılan çalışmalarda depresyon yaygınlığının %10-25 arasında olduğu, ortaya çıkan ruhsal sorunların en çok uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar şeklinde olduğu bildirilmiştir. Ruhsal sorunların kanser hastalarında tedavi uyumunu etkilediği ve ölüm riskini artırabildiği bilinmektedir (4-6).

Literatür incelendiğinde, toplumun kadının bir organı olan memesine; estetik görünüm, cinsellik, çekicilik, kadınlık ve annelik gibi simgeler yöneltmişlerdir. Mastektomi işlemi ile memenin alınması, kadın tarafından bu simgelerin kaybı olarak algılanıp, kendi bedenine olan güvenini kaybetmesi ile birçok fiziksel ve psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (7-10).

‘Beden imajı’, bilinçli veya bilinçsiz bireyin beden şekli, cinsiyeti, fonksiyonu ve belirli hedeflere ulaşma yeteneği ile ilişkili olarak bireyin duygularından oluşmuş, birinin fiziksel görüntüsünü nasıl gördüğünün ötesine uzanan kompleks, tüm beden ve onun işleyişi ile ilgili algıları, duyguları, davranışları ve düşünceleri içeren çok yönlü bir yapı/kavram olarak tanımlanmaktadır (11). Beden imajı, kimlik, benlik saygısı, çekicilik, cinsel işlev ve sosyal ilişkiler ile yakından bağlantılı olup (12), meme kanseri

olan kadınların %15-30 oranında beden imajı ile ilişkili endişe yaşadığı rapor edilmektedir (13,14).

Meme kanseri tanısı konulan kadınlarda, kanser tedavisi amacıyla uygulanan cerrahi yöntemler bulunmaktadır. Bunlardan biri ‘mastektomi’ olarak adlandırılan ve meme kanserinin önüne geçebilmek ve tedavi edebilmek için tüm meme dokusunun vücuttan çıkarılması şeklinde uygulanan cerrahi yöntemdir. Bir diğer yöntem ise, koruyucu amaçlı olan ve memeden kitle alınması olarak gerçekleştirilen ‘koruyucu cerrahi yöntem’ olarak tanımlanmaktadır. Kadınların fiziksel görünüşlerinde kalıcı değişime neden olan mastektomi öfke, zihinsel algıda değişiklikler, cinsel istekte azalma, kaygı, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk duyguları, parçalanma hissi, suçluluk, nüksetme korkusu ve intihar düşünceleri, sosyal izolasyon, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, kadınsal özelliklerini kaybetme korkusu ve cinsel işlev bozukluğu gibi çeşitli sorunlar ile ilişkilendirilmektedir (14,15).

Olumsuz beden imajı bireyin ruh halini ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Toplumsal damgalamaya, sosyal etkileşimler sırasında görünüşlerinden çekinmeye ve sonuç olarak toplumdan izole olmalarına yol açabilir. Bundan dolayı meme kanseri, fiziksel değişiklikler dışında, kanser ve mastektomi kavramının yıkıcı özelliği, tedaviler ve tedavilerin uzun süren yan etkilerinin yarattığı stres, kadının fiziksel işlevselliği, zihinsel sağlığı ve esenliği, beden imajı ve cinsellik üzerine olumsuz etkileri, aile ve iş yaşamından kopma ya da aksaklıklar sonucu biyopsikososyal ve ruhsal sorunları beraberinde getirdiği için kadınların yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir (9,16).

Mastektomi olmuş kadınlar ve eşleriyle yapılan bir çalışmada, eşlerin yoğun bir şekilde endişe duydukları hem kadının hem erkeğin duygusal desteğe ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Bu durumun da evlilik uyumunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada eşlerin hastalara nasıl davranacaklarını bilmedikleri için huzursuz oldukları ve buna bağlı olarak stres yaşadıklarını belirtmektedirler. Araştırma sonuçları mastektomi deneyimleyen kadınların ameliyat öncesi eş uyumlarının iyi olması durumunda ameliyat sonrası da iyi olduğunu göstermiştir (17). Ancak yine bazı araştırmalarda, meme kanserinden sonra eşlerin kadınları terk ettiği ya da evlilik

yaşamlarının tehlikeye girdiği, eşlerin kadınlarla birlikte olduklarında kendilerinin de hastalanabileceğinden endişelendikleri ifade edilmiştir (18). Amerika’da yaşayan Asyalı mastektomi olmuş kadınlar farklı bir kanser tanısı alan kadınlarla karşılaştırıldığında, daha az depresyon yaşadıkları, bu durumunda her iki grubun kültürünün aynı olmadığından kaynaklanabileceği ve bu nedenle depresyon ve evlilik uyumunun mastektomili hastalarda diğer hastalar kadar etkilenmediği saptanmıştır (19).

Kanser hastalığı, takip ve tedavi sürecinde yaşanan sorunlar evlilik uyumunu eşlerin cinsel doyumunu ve ilişkilerde mutluluğu karşılıklı olarak etkileyebilmektedir. Buna bağlı olarak başetme güçlükleri yaşanabilmektedir. Litaretür taramasına göre yapılan çalışmalarda meme kanserli ve mastektomi olmuş kadınların eşlerinin cinsel kaçınma ve endişe yaşadıkları, çiftlerin cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu belirlenmiştir (17).

Meme kanseri olan hastalarda yalnızlık duygusu gelecekle ilgili planlarının ne olacağı, yaşantılarının ne şekilde etkileneceğini bilmeme sonucunda gelişmekte, bozulan eş ve aile ilişkilerine bağlı olarak bireyin varolan sosyal ilişkisi ile arzuladığı ilişkisi arasındaki tutarsızlık sonucu hoş olmayan öznel ve psikolojik bir durum olarak göze çarpmaktadır. Bir kriz durumu olan memenin kaybının kadınlarda yarattığı psikososyal sorunlar genel olarak, geleceğe ilişkin belirsizlik, anksiyete, umutsuzluk, yalnızlık, çaresizlik ve ölüm korkusu gibi emosyonel sorunlarla beraber, beden imajı, cinsellik, ailevi, sosyal ve mesleki yaşamla ilgili sorunlar üzerinde yoğunlaşmaktadır (19,20).

Dolayısıyla psikiyatri hemşireleri ve diğer sağlık profesyonellerinin, mastektomi ve koruyucu cerrahi olmuş meme kanserli kadınların sorunlarını belirlemek için yapacağı çalışmalarda kadının beden imajı, kadının ve eşin yaşadığı evlilik uyumu, ilişkilerindeki mutluluğu ve cinsel yaşam kalitesi gibi sorunları birlikte ele alarak değerlendirmesi gerekmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, genellikle sadece meme kanserli kadınlar ve bu kadınların genel anlamdaki yakınları ile yapıldığı görülmektedir. Bununla birlikte, beden imajı, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine mastektomi olan ve koruyucu cerrahi geçiren kadınlar arasında yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bundan dolayı, bu çalışmada meme kanseri

hastalığı nedeniyle mastektomi ve meme koruyucu cerrahi olmuş kadınların, beden imajı algıları, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumunun belirlenmesi amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

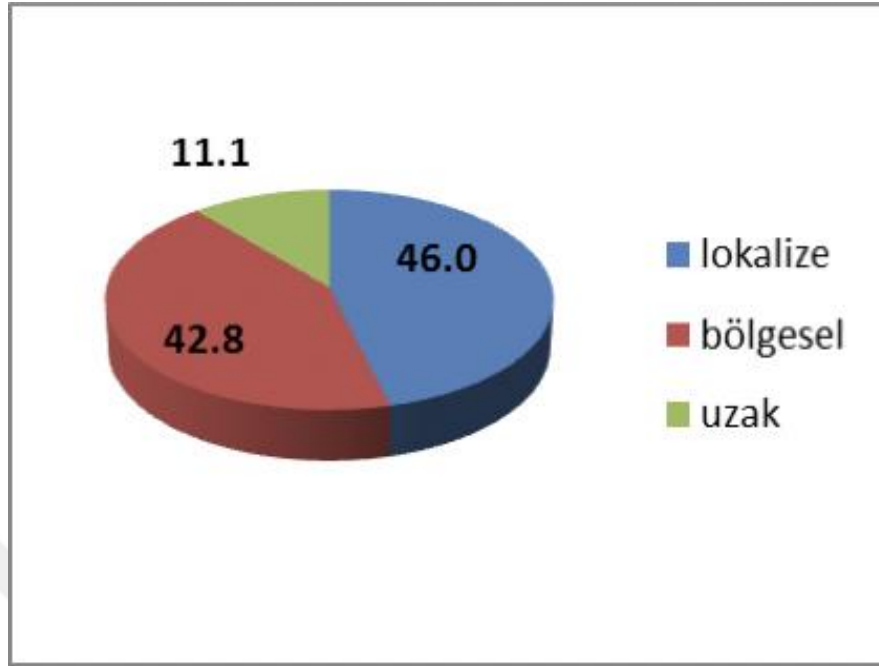
2.1. Meme Kanserinin Tanımı

Meme kanseri, memedeki süt bezlerinde ve üretilen sütü meme başına taşıyan kanalları saran hücreler arasında, çeşitli nedenler sonucu kontrolsüz şekilde çoğalan ve başka organlara yayılma potansiyeli taşıyan hücrelerden meydana gelen kanserojen oluşumdur (21).

2.2.Meme Kanseri Epidemiyolojisi

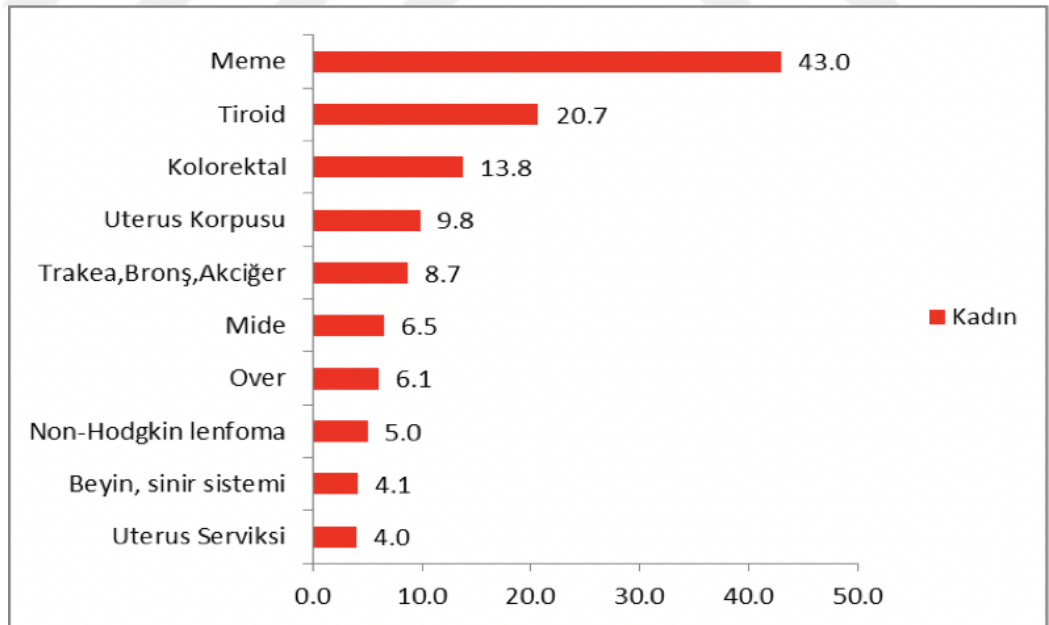
Meme kanseri birçok ülkede kadınlarda en sık görülen kanser çeşidi ve ölüm nedenidir. Özellikle endüstrileşmiş batılı ülkelerde daha sık rastlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre meme kanseri dünyada görülen kanser türlerine göre ikinci sırada olup kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür (22). 20 ve 59 yaş arasındaki kadınlarda kanser nedeniyle ölüm arasında da birinci sıradadır. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2014 verilerine göre kadınlarda en sık görülen ilk beş kanserden birincisidir. Kadınlarda en sık görülen meme kanseri, her 4 kadın kanserinden birisi olmaya devam etmektedir. Bir yıl içinde toplam 16.646 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur. 2014 yılı içerisinde kanser tanısı alan her 4 kadından 1'i meme kanseri tanısı almaktadır. Türkiye'de meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'i 50-69 yaş arasında olduğu, %40,4'ünün ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Bir yıl içinde toplam 17.531 kadına meme kanseri tanısı konulmuştur. Meme kanseri evrelerinin yüzde dağılımları ise %46'sı lokalize, %42,8'i bölgesel ve %11,1'i uzak metastaz olarak belirlenmiştir (1).

Şekil 1. Meme Kanseri Evrelerinin Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)



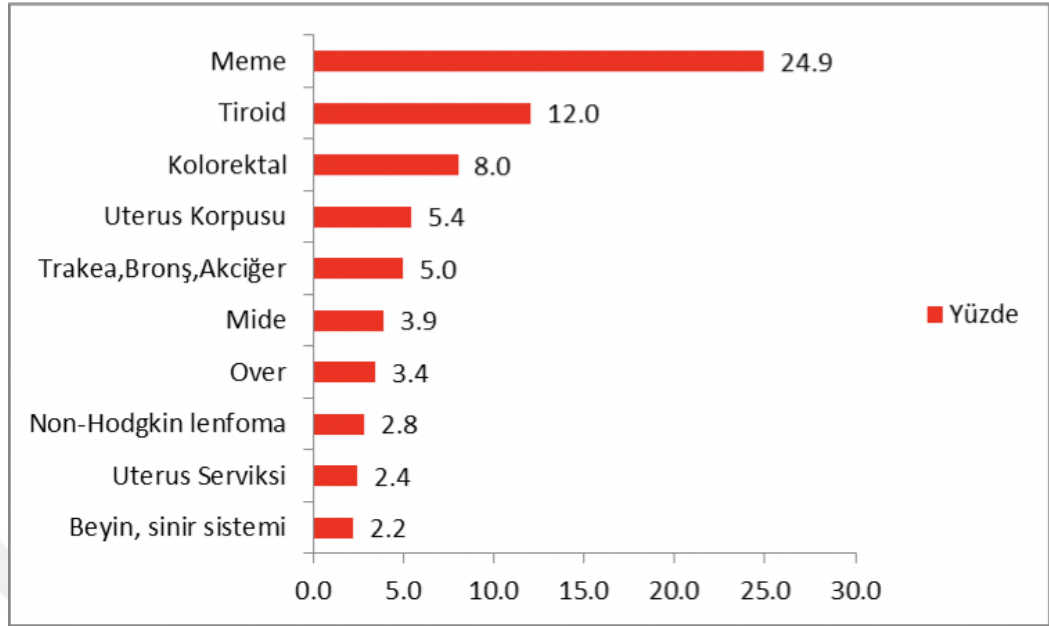
Kaynak: Şekil 1 (1) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)



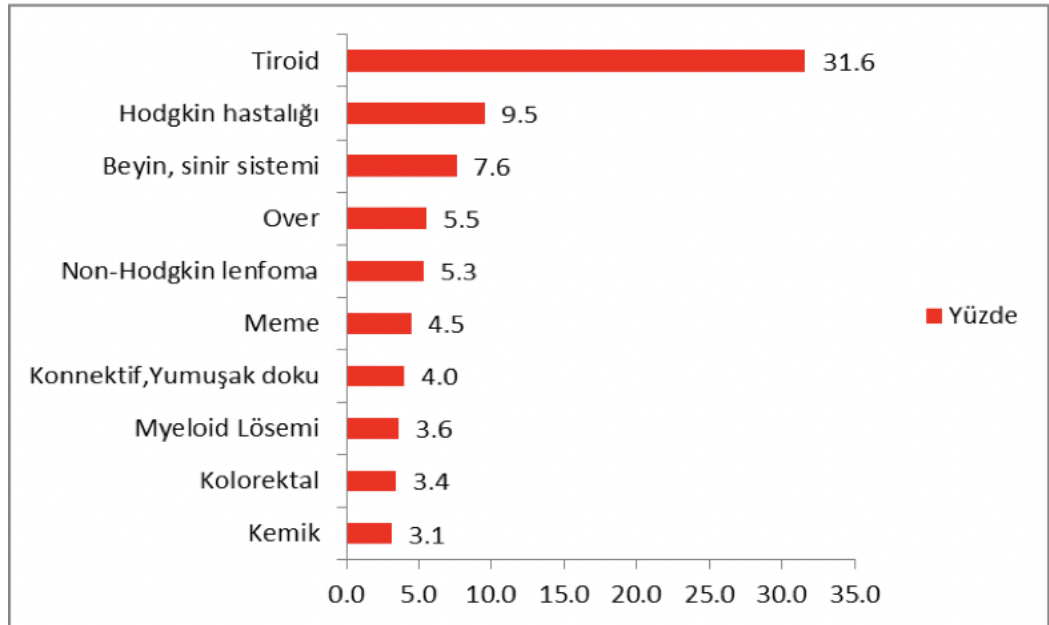
Kaynak: Şekil 2 (1) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Şekil 3. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)



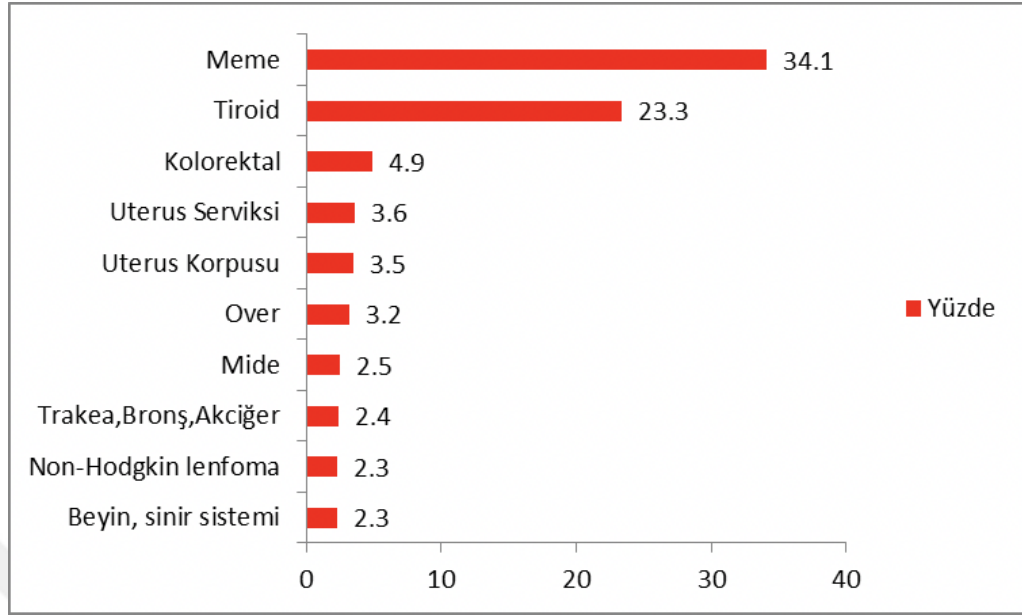
Kaynak: Şekil 3 (1) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Şekil 4. 15-24 Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)



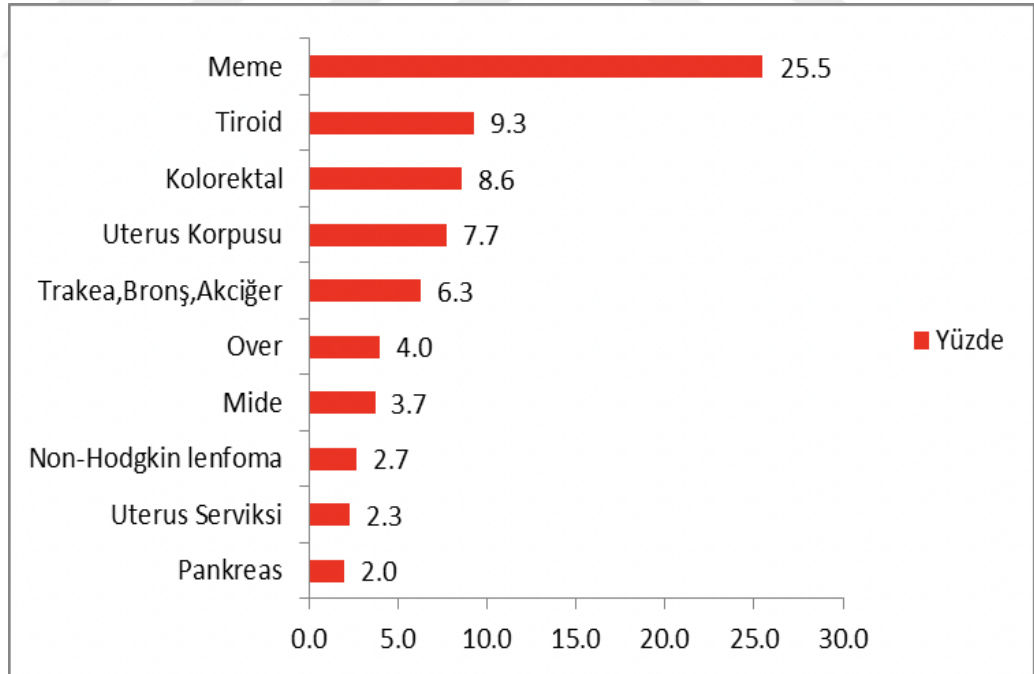
Kaynak: Şekil 4 (1) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Şekil 5. 25-49 Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)



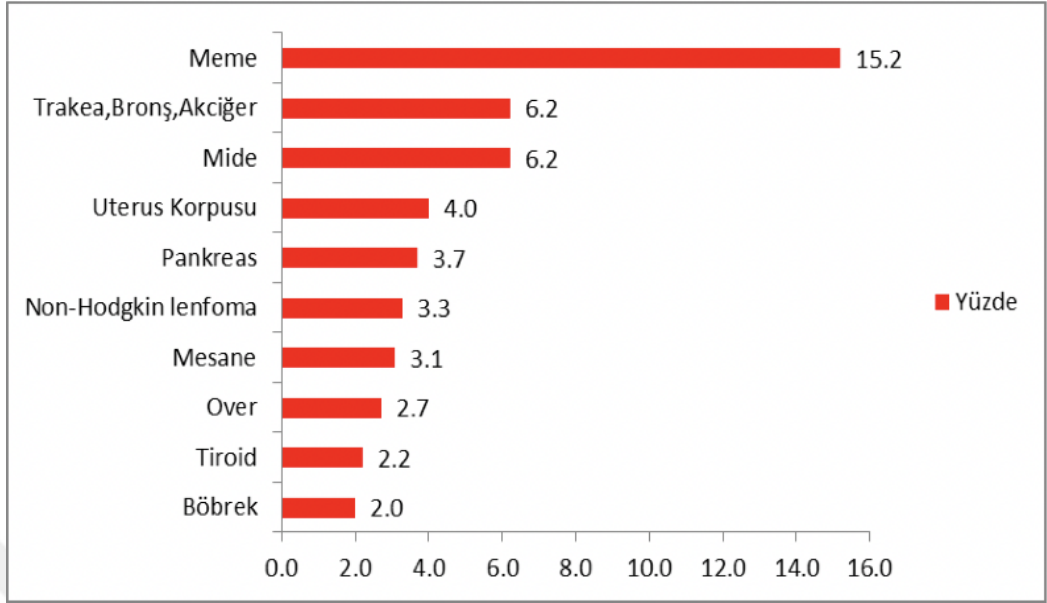
Kaynak: Şekil 5 (1) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Şekil 6. 50-69 Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)



Kaynak: Şekil 6 (1) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Şekil 7. 70 ve Üzeri Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)



Kaynak: Şekil 6 (1) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Daha az endüstrileşmiş olan ülkelerde yaşamını devam ettiren kadınlarda meme kanseri yaygınlığı; endüstrileşmiş ülkelerde yaşayanlara göre daha düşük olma eğilimindedir. Fakat Japonya bu konuda bir istisnadır. Kanser sıklığı; bölgelere, ülkelere hatta aynı ülkenin farklı yerleşim yerlerine göre değişim göstermektedir. Nedeninin kalıtım ya da çevresel risk faktörleri olabileceği düşünülmektedir (23).

Meme kanseri Kuzey Amerika’da 99.4/100.000 oranında; en az ise Asya, Ortadoğu ve Afrika’nın gelişmekte olan ülkelerinde görülmektedir. Görülme sıklığı ise 1990’dan beri yılda %0,5 artmaktadır. Meme kanseri düşük-orta gelirli ülkelerde daha hızlı artmakta ve buna bağlı olarak ölümlerin %54’ü düşük-orta gelirli ülkelerde görülmektedir (24).

Ülkemizde; Türkiye’nin doğusunda meme kanseri görülme sıklığı; 20/100.000, Türkiye’nin batısında ise 40-50/100.000 olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın 2017 yılında yayımladığı kanser raporuna göre de meme kanseri görülme sıklığı; 43/100.000 oranındadır. Yine bu rapora göre; kadınlarda en sık görülen meme kanseri

olup ve her 4 kadın kanserinden birisi (%24,9) olmaya devam etmektedir. Bir yıl içinde yaklaşık 17.000 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur. Meme kanseri 3.853 kişi ile en yüksek sayıda ölüme neden olmuştur (24).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her yıl karşılaşılan vaka sayısının %60'ı gelişmiş ülkelerde ortaya çıkacak şekilde, 2002 yılında 10 milyon iken, 2025 yılına kadar 15 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Standartlaştırılmış yaş oranının gelişmekte olan ülkelerde, sanayileşmiş ülkelere göre daha az olmasıyla, coğrafik farklılıkların olduğu görülmektedir. ABD'de 2018 yılında tahmini 1.735.350 ya da günlük 4700'den fazla yeni kanser teşhisi olacağı tahmininde bulunmaktadır. Erkeklerde tüm kanserlerin %42'sini prostat, akciğer ve kolon-rektum (kolorektal) kanserleri; kadınlarda ise tüm kanserlerin %50'sini meme, akciğer ve kolorektal kanserlerin oluşturacağı öngörülmüştür. Kadınlarda görülecek kanserlerin %30'unun meme kanseri olacağı hesaplanmıştır (25).

2.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Diğer kanser çeşitlerinde olduğu gibi meme kanserinde etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; hastalığın gelişiminde birçok faktör rol almaktadır. Meme kanseri risk faktörleri coğrafi farklılıklara ve toplumdaki yaşam tarzı alışkanlıklarına göre değişir. Bunlar; hormonal, genetik, biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal etmenler meme kanseri oluşumuna neden olduğu belirtilmektedir. Ancak meme kanseri olan kadınların %70-80'inin bu risk faktörlerine sahip olmadığı belirtilmektedir (26-28).

Meme kanseri etiyolojisinde rol oynayan risk unsurları (26,28,29);

1. **Demografik özellikler** (cinsiyet, ileri yaş, ırk gibi)
2. **Reproduktif öykü** (menarş yaşı, doğum yapma durumu, doğum sayısı, menopoz yaşı, laktasyon, düşük yapma, kısırlık, ilk hamilelik yaşı)
3. **Ailesel/genetik faktörler** (bireysel meme kanseri öyküsü olması, aile öyküsünde meme kanseri öyküsü olması, bilinen veya şüphe edilen BRCA 1, BRCA 2, P53, PTEN ve STK11/LKB1 veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları)

4. **Çevresel faktörler** (sigara ve alkol tüketimi, radyasyona maruz kalma, oral kontraseptif, yüksek sosyoekonomik durum, meslek, hormon replasman tedavisi, 30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, aktivite, beslenme alışkanlığı, vb.)

5. **Diğer faktörler** (Meme biyopsi sayısı, benign meme hastalıkları, lobiler karsinoma insitu (LCIS), kemik mineral yoğunluğu, yoğun meme dokusu (dens meme yapısı), vücut kitle indeksi (BMI)).

Bu şekilde kategorize etmek mümkündür.

Cinsiyet: Yalnızca kadın cinsiyeti en büyük risk faktörü olmaktadır. Çünkü meme kanserinin %99'u kadınlarda, %1'i ise erkeklerde görülmektedir. Bunun nedeni ise kadınların erkeklerden daha fazla meme dokusuna sahip olmaları ve kadınların gelişimsel dönemlerindeki östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin erkeklerden daha fazla olmasıdır (15,22,26,29).

Yaş: En önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Meme kanseri 20 yaşın altındaki kadınlara nadir görülmekte ve yaşın ilerlemesiyle birlikte, meme kanseri gelişim riski artmaktadır. Kadınlarda yaklaşık %17'si 40'lı yaşlar arasında görülürken, olguların %78'i 50'li yaş ve üstünde tanı konur. Çoğu meme kanseri 50 yaşından sonra ortaya çıkar (22,26,27,30).

İrk: Beyaz kadınlarda, Afrika kökenli Amerikanlı kadınlara göre meme kanseri yaygınlığı 5 kat daha yüksektir. Ancak siyah kadınlar için meme kanseri ölüm oranı beyazlardan daha fazladır. Asya/Pasifik adasında yaşayan kadınlar meme kanseri yaygınlığı ve ölüm oranı düşüktür (22,26,28,31).

Reproduktif Öykü: Hormonal (östrojen ve testosteron) durumda bu hastalığın gelişmesinde rolü vardır. Hiç hamile kalmamış olmak, ilk hamileliğin 35 yaşından sonra olması, erken menarj (12 yaşından önce) ve geç menopoz hastalığın gelişme riskini artırır. Menarşın bir yıl geç olması meme kanseri riskini 5 kat azaltır. 45 yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski 55 yaşından sonra giren kadınların yarısı kadardır. Çocuk sahibi olma ve erken yaşta hamile kalma meme kanseri olma riskini azaltmaktadır. İlk gebeliğin 20 yaşından önce olması, 30 yaşından büyük olanlara göre

dört kat daha azdır. Overlerin 40 yaşından önce cerrahi olarak çıkarılması meme kanseri riskini %75 azalttığı bildirilmektedir. En az bir yıl ya da daha fazla emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiştir. Otuz ülkede 47 çalışmayı kapsayan sistematik incelemede; 1 yıl boyunca emziren kadınlarda meme kanseri riskinin %43 oranında azalttığı görülmüştür (22,26,28,32).

Aile Öyküsünde Meme Kanseri Olması: Özellikle meme kanseri aile öyküsünün birinci derece akrabalarda (kız kardeş, anne, hala, teyze) görülmesi meme kanseri riskini 2 kat artırır. Birden fazla birinci derece akrabalarda meme kanseri olgusu olması riskini 2,9 kat artırır. Meme kanseri tanısı almış akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk daha da artar. Hem kadınlarda, hem erkeklerde aile öyküsünde over kanserinin bulunması meme kanseri riskini artırır. Genellikle ailesel meme kanseri aile arasında yaşam biçimi etkileşimi ve genetik yatkınlık ile açıklanabilir (22,30,33-36).

Genetik Yatkınlık: Meme kanseri vakalarının %25'inin genetik yatkınlığın etkisi olduğu bilinmektedir. Bazı genler kansere yatkınlığa neden olduğu tanımlanmıştır. Kalıtsal meme kanserlerinin çoğu 17 numaralı kromozomda bulunan BRCA1 ve BRCA2 genlerinden birini etkileyen mutasyona bağlıdır. BRCA1; östrojen reseptör aktivitesini düzenler, meme dokusundaki hücrelerin çoğalmasına (proliferasyona) neden olan östrojeni kontrol eder. Kromatinin yeniden şekillenmesini ve DNA hasarlarının onarılmasını sağlar. Normalde BRCA1 ve BRCA2 genleri hücrelerin anormal şekilde büyümelerini önleyerek tümör oluşumunu engelleyen tümör baskılayıcı gendir. Bu genlerin mutasyona uğramasıyla kanser olma riski artmaktadır. BRCA1 mutasyonu olan kadınların yaşam boyu meme kanseri olma riski %55-65, BRCA2 mutasyonu olan kadınlar için %45'tir. BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonlarının varlığında meme kanseri riski %80 daha fazladır (22,26,37).

BRCA1 ve BRCA2 mutasyon geçirdiğinde bireyin meme kanserine riskini artıran diğer genler P53 (Li Fraumeni), CDH1 (Cadherin1, Type1, E-cadherin), PTEN (Phosphatase and Tensin Homolog), STK11 (Peutz-Jeghers), ATM (ataxia telangiectasia), PALB2 ve CHEK2 (Checkpoint Kinaze) genlerinde mutasyonların neden olduğu diğer sendromlar da meme kanseri gelişme riskini artırır (22,26,28).

Tümör baskılayıcı gen olan P53 gen mutasyonu Li-Fraumeni sendromuna neden olur. Bu hastalığı olan insanlarda beyin tümörü, lösemi, sarkoma gibi kanserlerle birlikte meme kanseri riskini de çok az arttırır. Normalde ATM geni DNA'nın onarılmasına yardım etmektedir. Bu genin mutasyonu meme kanserine neden olmaktadır. Normalde PTEN geni hücre büyümesinin düzenlenmesinde görev alır. Bu genin mutasyonu Cowden sendromuna neden olup, sindirim sistemi, uterus, over ve tiroid tümörlerinin yanı sıra hem benign hem de malign meme kanserini riskini arttırır. CHEK2 geni hücre döngüsü kontrol noktasında DNA onarımından sorumludur. Bu genin mutasyonu meme kanseri riskini iki kat arttırır. CDH1 geninin değişimi kalıtsal mide kanserinin yanı sıra kadınlarda invaziv lobüler meme kanseri riskini de arttırır (22,25,37-39).

Bireysel Meme Kanseri Öyküsü: Daha önce meme kanseri tanısı alan kadınlarda, diğer memede veya aynı memenin başka bir bölgesinde kanser gelişme riski artar. Eğer meme kanseri tanısını erken yaşta (40 yaş altında) almış ise tekrar meme kanseri riskini 4-5 kat daha artırır. Daha önce meme kanseri öyküsü olan ve tedavi görmüş kadınların tekrar meme kanseri gelişme olasılığı, meme kanseri tanısı almamış olan kadınlara göre 3-4 kat daha riskli olduğu ifade edilmektedir (22,26-29).

Radyasyona Maruz Kalma: Özellikle gelişme (çocukluk ve gençlik) döneminde göğüs bölgesinde radyasyona maruz kalan kadınların meme kanseri riskini önemli ölçüde arttırmaktadır. Adölesan döneminde meme gelişimi devam ederken, Hodgkin veya Non-Hodgkin lenfoma gibi hastalığı nedeniyle radyoterapi uygulanan kadınlarda risk artar. Meme kanseri tanısı alma riski radyoterapi aldıktan sonra yaklaşık 8 yıl sonra başlar ve 25 yıl sonra en yüksek seviyeye çıkar. 45 yaşından sonra radyoterapi alması ve radyasyona maruz kalması meme kanseri riskini etkilememektedir. Tanı koyma nedeniyle uygulanan mammografi ve göğüs radyografisinin meme kanserini arttırıcı bir etkisi olmadığı belirtilmiştir. 100Gy'den fazla kümülatif radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini arttırır (22,27-29,40).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT): Ekzojen hormon menopozal semptomların rahatlaması/yönetimi için 1940'ların başında kullanıma girmiştir. Östrojen ve progesteron ile kombine menopozal hormonların 5 yıldan fazla kullanımı

meme kanseri gelişme riskini ve bu yüzden meydana gelen ölümleri arttırmaktadır. 5 yıl içinde hormon kullanımına son verilmesi kanser olma riskini azaltmaktadır. Hormon replasman tedavisini bırakan kadınlarda meme kanseri riski hiç tedavi almamış olan kadınlara göre daha fazladır. Ayrıca Amsterdam'daki Hollanda Kanseri Enstitüsü'nde görevli olan araştırmacılar tarafından yapılan araştırmaya göre IVF (in vitro fertilizasyon) yönteminde de estradiol ve progesteron seviyelerinde düşme hormon düzeylerinde artış meydana gelir. Buda meme kanseri riskini artırır. Tüp bebek için kullanılan yüksek dozda ve uzun süreli hormon tedavisi de meme kanseri olma riskini artırır (22,29,41).

Oral Kontraseptif Kullanımı (OKS): Son zamanlarda yapılan birçok çalışmalarda OKS kullanımının meme kanseri riskini %10 ile %30 oranında arttırdığını ortaya koymuştur. Bunun nedeni olarak yüksek doz östrojen içeren oral kontraseptif formlarından kaynaklı olduğu açıklanmıştır (22,27-29).

Dens (Yoğun) Meme Yapısı: Dens meme yapısı olan kadınlarda daha fazla parankim dokusu daha az yağ dokusu bulunmaktadır. Yoğun meme dokusuna sahip olan kadınlarda meme kanseri riski 4-5 kat artmış olduğu düşünülür (27,29,37).

Bening Meme Hastalıkları: Bening meme hastalığı olan kadınların meme kanseri olma riski yükselmektedir. Bunlardan bazıları meme kanseri riskini etkilemezken, bazıları da 4-5 kat arttırmaktadır (22,26,27,35).

Non-proliferatif Lezyonlar: Meme dokusunun fazla büyümesi ile ilişkili olmayıp, meme kanseri riskini etkilememektedir. Bunlar; mastitler, fibrokistik hastalıklar, yağ nekrozları, orta dereceli hiperplaziler gibi lezyonları içermektedirler (27,35).

Atipik Olmayan Proliferatif Lezyonlar: Meme yapısındaki lobüllerde ve duktuslardaki hücrelerin aşırı derece büyümesiyle meydana gelmektedir. Bu nedenle kadınların meme kanseri olma riskini normale göre 1,5-2 kat arttırmaktadır. Kompleks fibroadenom, duktal hiperplaziler ve çeşitli papillomalar bu lezyonlara örnektir (22).

Atipik Proliferatif Lezyonlar: Bu durumda, meme dokusundaki lobüllerde ve duktuslardaki hücreler aşırı büyümektedir. Atipik proliferatif lezyonlar kadınların meme kanseri olma riskini normale göre 4-5 kat arttırmaktadır (22,26,27,35).

Alkol Kullanımı: Kadınlarda alkol kullanımının artmasıyla birlikte meme kanseri riskinin arttırdığını gösteren birçok çalışma yapılmıştır. Meme kanseri olma riski, tüketilen alkolün çeşidine değil, ortalama tüketim miktarına bağlı artmaktadır. Her gün yaklaşık bir bardak (10 gr) alkol tüketimi riski %7 ile %12 oranında belirtilmektedir. Başka bir çalışmada ise alkol tüketiminin 2-2,5 bardak (24 gr) olması meme kanseri olma riskini %21 arttırdığı görülmüştür. Alkol, östrojen üretim metabolik yolunu etkileyerek, dolaşımdaki östrojen düzeyinin artması ile meme kanseri riskini arttırmaktadır (22,42-44).

Sigara Kullanımı: Uluslararası Kanser Araştırma Kuruluşu yapılan çalışmaların sistematik incelemesinde, kadınlarda sigara kullanımının meme kanserine neden olduğunu açıklayan sınırlı sayıda kanıt olduğunu açıklamıştır. Sigara içen kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin hiç sigara içmeyenlere göre %12 daha fazla olduğu bulunmuştur. İlk doğumdan önce sigara içmeye başlayan kadınlarda riskin daha büyük olduğu belirtilmektedir (27,28,37,44).

Yüksek Sosyoekonomik Düzey: Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni ise, geç yaşta doğum yapmaları, fazla sayıda çocuk yapmamaları ve çocuklarını emzirmemeleri olarak düşünülmektedir (26,27,29).

Vücut Kitle İndeksi (BMI): Obezite menopoza sonrası meme kanseri riskini arttıran değiştirilebilir risk faktörüdür. Menopoz sonrası dönemde meme kanseri riski zayıf kadınlara göre kilolu kadınlarda 1,5 kat, obez olan kadınlarda 2 kat daha yüksektir. Meme kanseri riski obez kadınlardaki yüksek östrojen seviyesi ile ilişkilidir. Östrojenin çoğu menopoz öncesinde yumurtalıklar tarafından üretilirken, menopoz sonrasında östrojenin çoğu yağ dokusu tarafından üretilmektedir. Menopoz sonrası çok fazla yağ dokusuna sahip olmak östrojen seviyesini yükselteceği için meme kanseri riskini de arttırmaktadır (26-28,45).

Beslenme: Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda yağlı yiyeceklerle beslenmenin ve beden kitle indeksinin fazla olması meme kanseri riskini arttırmaktadır. Aşırı yağlı diyetle sahip kadınların meme kanseri olma riskini arttırdığı düşünülmektedir. Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli ve fazla miktarda tüketiminin östrojen düzeyini yükselterek meme kanseri riskinde artışa neden olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca D vitamini eksikliği olan kadınların da meme kanseri riskinin arttığı belirtilmektedir (27,28,46).

Fiziksel Aktivite: Egzersizin meme kanseri riskini azalttığını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Düzenli egzersiz yapan kadınlarda meme kanseri riskinin %10 ile %20 oranında düşük olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada, menopoz sonrası kadınlarda fiziksel aktivitenin artmasıyla meme kanseri riskinde %10'luk bir azalma olduğu gösterilmiştir. Egzersiz programlarına düzenli olarak katılan kadınların %10-70'inde meme kanseri riski azalmaktadır. Her hafta 3-4 saat egzersiz yapan kadınlarda risk %40 azalmaktadır. Günümüzde fiziksel aktivite ve meme kanseri riskinde azalma arasındaki ilişki mekanizması tam olarak açıklanmış ve anlaşılmış değildir. Ancak düzenli egzersizin beden kütlesi, hormonlar ve enerji dengesi üzerindeki olumlu etkilerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre meme kanseri tanısı aldıktan sonra fiziksel aktivitenin, meme kanseri mortalitesinde %34'lük bir azalma, tüm nedenlere bağlı mortalite riskinde %41 azalma ve hastalığın tekrarlaması riskini %24 azalma olduğu belirtilmiştir (22,26,47,48).

Meslek: Meme kanseri riski ile bağlantılı meslekler bulunmaktadır. Sterilizasyon bölümlerinde çalışan, yüksek miktarda etilen okside maruz kalan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca dünyanın sanayileşmiş ülkelerinde gece vardiyalı çalışma en önemli çevresel faktörlerden biri olup meme kanseri riskini arttırdığı ileri sürülmüştür. Kadınlar arasında meme kanseri olma riskinin en yüksek popülasyon olduğu belirlenmiştir. Bazı araştırmacılar, gece ışığına maruz kalma melatonin seviyesinde azalmaya neden olduğu bunun da meme kanseri riskini arttırdığını belirtmişlerdir (15,22,48-50).

Kemik Mineral Yoğunluğu: Postmenopozal dönemdeki kadınlarda yüksek kemik mineral yoğunluğu çalışmalarının çoğunda artan meme kanseri riski ile ilişkili

olduğu saptanmıştır. Bu riskin en çok ER+ hastalık ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kemik yoğunluğu meme kanseri riski için bağımsız bir faktör olmadığı, fazla miktarda östrojene maruz kalmanın göstergesidir. Kemik yoğunluğu ölçümü, kadınlarda artan osteoporoz riskinin belirlenmesinde kullanılır. Ayrıca kadınlarda meme kanseri olma riskinin belirlenmesinde de kullanılabilir (22,51).

2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları:

Meme kanseri belirtileri kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Tümör boyutu küçük ve tedavi edilebilir durumdayken genellikle belirti vermeyebilir. Meme kanserinin en yaygın belirtileri aşağıda yer almaktadır.

- Meme yüzeyindeki deri değişimleri, kızarma ve derinin portakal kabuğu görünümü (pullanma ve kalınlaşması) alması
- Memenin şeklinde veya büyüklüğünde değişimler
- Meme ucunda çukurlaşma veya çekilme
- Meme dokusunun sertleşmesi
- Memeden süt dışında farklı bir sıvı (kanlı, seröz, seröz-kanlı akıntının) gelmesi
- Meme veya meme ucu ağrısı
- Meme dokusunda ele gelen kitle
- Lenf nodüllerinde büyüme
- Üst kolda anormal şişlik yer almaktadır (2,22,52,53).

2.5. Meme Kanseri Tedavisi

Günümüzde meme kanserli kadınların çoğu erken dönemde saptanıp, etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemlerinden yarar görmektedirler. Meme kanseri tedavisinde amaç evrelemeyi iyi yaparak, buna bağlı doğru ve etkin adjuvan tedaviyi vermek ve

kanserin bölgesel ve uzak dokulardaki kontrolünü yapabilmektir. Bir başka amacı ise cerrahi sonrası olabilecek en iyi sonucu elde etmek ve hastanın gerek hastalığa gerekse tedavilere bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonlar sonrasında rehabilitasyonunu sağlamaktır (54,55).

Meme kanserinin tedavisi lokal ve sistemik olmak üzere iki türdür. Lokal tedavisinde cerrahi, radyoterapi, sistemik tedavisinde ise kemoterapi, hormonoterapi, biyolojik tedavi, kemik iliği ve kök hücre transplantasyonu gibi hedefe yönelik tedaviler yer almaktadır (26,56,57).

Tedaviye karar verilirken tümörün büyüklüğü, kanserin özelliği, evresi ve tümörün hormon reseptörlerini içeri içermediği, hastanın yaşı ve menopoz, gebelik ve laktasyon döneminde olup olmadığı, kanser geninin varlığı ve koltukaltı lenf bezlerine yayılım olup olmadığı gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (26,57).

Günümüzde, meme kanserinin tanı ve tedavisinde; meme cerrahisi, plastik cerrah, radyasyon onkologu, tıbbi onkolog, radyolog ve patoloji uzmanının ortak hareket ettiği disiplinli bir çalışmayı gerektirmektedir (54,55).

Cerrahi Tedavi

Meme kanseri tedavisi için cerrahi yöntem memenin tamamının alındığı "mastektomi" ve memenin korunduğu "meme koruyucu cerrahisi (MKC)", eş zamanlı ya da gecikmiş meme rekonstrüksiyonu olan cerrahi girişimleri kapsar (26,57).

Meme Kanserinde Uygulanana Cerrahi Girişimler

1. Mastektomi (Uzuv Kaybı)

- Basit (Total) Mastektomi
- Radikal Mastektomi
- Subkutanöz Mastektomi (meme başı, areola ve meme derisini koruyucu)
- Modifiye Radikal Mastektomi

1. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

- Lumpektomi
- Kadrenektomi
- Segmental Mastektomi

2. Aksiller Diseksiyon

- Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu (ALND)
- Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB)

2.5.1. Mastektomi

Tüm memenin cerrahi operasyonla çıkarılması işlemidir. Bazı durumlarda meme dokusuyla beraber yakınındaki dokularda çıkarılır.

Basit (Total) Mastektomi: Tüm meme dokusuyla birlikte meme başı, areola ve meme derisi tam olarak çıkarılır. Pektoral fascia, m. pectoralis major, m. pectoralis minor, aksiller lenfatik yapılar korunur. Bu operasyonda lenf nodülleri çıkarılmaz (55,58).

Radikal Mastektomi (RM): Meme dokusunun tamamı, koltukaltı lenf bezleri ve meme dokusunun altındaki göğüs duvarı (pektoralis majör ve minör) kaslarının alınması ile sonuçlanan cerrahi bir müdahaledir. Bu yöntem ile göğüs duvarı esnekliğini kaybetmesi, cerrahi girişim yerinin görünümünün çirkin olması, omuz-kol hareketlerinin sınırlı olması, iyileşme sonrası yapılacak meme rekonstrüksiyonunun güç olması ve morbiditenin yüksek olması nedeniyle 1990'lı yıllardan sonra önerilmemektedir. RM yerine kısmi lokal eksizyon ile birlikte modifiye radikal mastektomi önerilmektedir (26,56,57).

Subkutanöz Mastektomi: Hastanın kendi derisinin büyük kısmının rekonstrüksiyon için korunarak yapılan mastektomi türüdür. Tümörün üzerindeki cilt ile birlikte tüm meme parankim dokusu çıkarılır (57,58).

Modifiye Radikal Mastektomi (MRM): Tümörlü memenin, meme derisi, pektoral fasya kası, aksilladaki lenf modülleri ve yumuşak doku ile birlikte çıkarılmasıdır. Ancak pektoralis major kasının bırakılması olarak tanımlanır. İyi sonuç alınabilmesi, tümörün merkeziyle birlikte çıkarılması, rekonstrüksiyona daha uygun olması, morbidite oranının daha düşük olması nedeniyle daha çok tercih edilmektedir (56,57,59).

2.5.2. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

Son yıllarda, meme kanseri tedavisi için yapılan cerrahi girişimlerin 1/3'ünü meme koruyucu cerrahi oluşturmaktadır. Memeye yapılan cerrahi girişimlerin memenin fiziki yapısını bozmayacak şekilde olması kadının psikolojik ve fizyolojik açıdan daha az etkileyeceği düşünülerek uygulanan bir yöntemdir (60).

Meme kanseri tanısını, hastanın seyrini iyi yönde etkilemesi, mortaliteyi azaltmasının yanı sıra, uygun vakalarda meme koruyucu cerrahi yapabilme olanağını da sunmaktadır. Erken evre meme kanserlerinde (Evre I ve Evre II) genel olarak cerrahi tedavi yöntemlerinden meme koruyucu cerrahi tercih edilir. Meme kanseri tanısı konulan kadınlarda, sadece tümörün etrafındaki en az 10 mm'lik sağlıklı meme dokusu ile birlikte çıkarılmasıdır (26,57).

Lumpektomi: Kanserli kitlenin ve bu kitlenin etrafındaki bir parça temiz dokunun alınarak operasyon ile çıkarılmasıdır. Koltukaltı lenf nodlarının da alınması işlemine sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) ile karar verilir (57,61).

Kadrenektomi: Memenin dörtte birinin, derisi ve bağ dokusuyla birlikte alınması işlemidir. Aksiller lenf diseksiyon kararı sentinel lenf nodu biyopsisi ile verilir (57,61).

Segmental Mastektomi: Memedeki kitlenin çevresindeki meme dokusu, tümörün altındaki göğüs kaslarını saran ince zarla birlikte çıkarılması işlemidir (57,61).

Meme koruyucu cerrahinin amacı, memeyi tümörden tamamen temizlemek, bölgesel tekrarı azaltmak ve kabul edilebilir kozmetik bir görünüm sağlamaktır.

2.5.3. Aksiller Diseksiyon

Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu (ALND): Meme kanserinde aksiller lenf nodlarının çıkartılması için uygulanan yöntemdir. Lenf modülleri çıkartılır ve kanser taşıyıp taşımadıklarının belirlenmesi için patoloji laboratuvarına gönderilir (26,27).

Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB): Yeni tanı konulmuş meme kanserli hastalarda prognozu belirleyen en önemli iki faktör tümörün büyüklüğü ve aksiller lenf nodlarında metastaz varlığıdır (22). SLNB, Evre I ve Evre II meme kanserli hastalarda aksiller lenf nodu patolojik durumunu belirlemek için tercih edilen yöntemdir. Sentinel lenf nodu (SLN), lenf havuzunda tümörden ilk lenfatik akımı alan ‘bekçi’, ‘gözcü’ veya ‘haberci’ anlamına gelen ilk lenf nodudur. SLN’nin histolojik özelliği aksillada kalan lenf nodlarının histolojik özelliklerinin tahmin edilmesine dayanmaktadır. SLNB’nde kanserli bölgeye radyoaktif madde ya da tümör çevresindeki alana mavi boya enjeksiyonunu veya her iki yöntemin birlikte kullanılması olmak üzere üç teknik kullanılır. Kanserli bölgeye radyoaktif madde enjekte edildikten sonra, maddenin lenf sistemi içerisinde izlediği yol gözlemlenerek ilk üç lenf nodülü çıkartılır. Sentinel lenf nodunda kanser yayılımı yoksa diğer lenf nodlarının da temiz olduğunu gösterir (27,58,62).

Aksiller diseksiyon kol ödemi, uyuşukluk, hissizlik, kronik omuz ağrısı, aksiller sinir hasarı, kolda güçsüzlük ve omuz eklem fonksiyonlarında bozulma gibi bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir (22,26,62,63).

Meme cerrahisi sonrasında beden imajında bozulma, ameliyat bölgesinde enfeksiyon, kanama, seroma, kol ağrısı, lenf ödem, geçici ödem, omuz ve kol hareketlerinde sınırlılık (kontraktür), cilt nekrozu, hematoma, sinir yaralanmaları ve doku rekonstrüksiyonu yapıldıysa flep nekrozu görülebilir (27,64,65).

Rekonstrüktif cerrahinin amacı, iyi bir kozmetik yanıt ve normal yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini sağlamaktır. Bu nedenle, Mastektomi sonrası uygulanan meme rekonstrüksiyonu yani meme implantasyonu hastaların fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü korumaya yönelik bir tedavi yöntemidir. Implantasyon takılan hastalar bu cerrahi müdahale sonrası kaybolan beden bütünlüğüne tekrar kavuşmuş ve

dolayısıyla da bozulan beden imajinasyonlarını yeniden tamamlanmış hissetmektedirler (66).

Mastektomi sonrasında meme rekonstrüksiyonu, kaybedilen uzuvun yerine yenisinin oluşturulması işlemidir. Meme rekonstrüksiyonu mastektomi ile aynı anda ameliyatla birlikte yapılması işlemine eş zamanlı rekonstrüksiyon, tedaviler bittikten sonra ayrı bir ameliyatla yapılması işlemine geç zamanlı rekonstrüksiyon denir. Günümüzde daha çok eş zamanlı rekonstrüksiyon psikolojik sonuçlarının daha iyi olması nedeniyle tercih edilmektedir. Rekonstrüksiyon zamanı, hastanın genel durumu, tercihi ve hekimin önerisine göre belirlenir (22,26,58,64).

2.6. Beden İmajı ve Meme Kanseri

"Beden imajı", kişinin kendisi ile ilgili tutum ve inançlarını içeren benlik kavramının önemli bileşenlerindendir. Schilder beden imajı algısını "kendi bedenimizin zihnimizde canlandırdığımız resmi" olarak tanımlamaktadır. Bireyin bedeni hakkında düşündükleri ve bedeninden yola çıkarak sahip olduğu benlik saygısı ile ilişkilendirilmektedir. Beden algısı hem psikolojik hem de fizyolojik nitelikler barındıran özgün bir kavramdır. Ayrıca, kişilerin çevresel etkileşimleri ve biyolojik süreçlerinin bir bütünü olarak yapılandığı algılama biçimi olarak da tanımlanabilir. Bundan dolayı, kişilerin dış görünüşündeki değişikliklerin beden algısında değişikliklere neden olduğu bilinmektedir (11).

Kişinin bedeniyle ilgili negatif düşünceleri ve duyguları beden imajı problemlerine ve kendinden memnuniyetsizliğe neden olmaktadır (67). Meme kanseri vücutta fiziksel değişikliklere de neden olabilen bir hastalıktır. Vücudun şekli saç rengi ve uzunluğu, memenin büyüklüğü ve şekli, yüz özellikleri kadınların çekicilik ve kadınlık algılarına katkıda bulunan birkaç özelliktir. Bu faktörler kadınların yaşam kalitesini, ruh halini ve beden imajını olumlu ya da olumsuz etkileyebilir (68). Meme kanseri tanı ve tedavisi kadınları hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilemektedir.

Meme kanseri tanısı almış kadınların tedavi sürecinin planlanması ve ameliyat ile ilgili olarak kadınlık ve fiziksel bütünlüğünü kaybetme korkusu gözlenmektedir. Meme, dişiliğin sembolü olan bir organ olması nedeniyle, meme kanseri tanısının

konulması ile kadının kendisini çekiçi hissetmemesi ve cerrahi müdahale sonrasında beden imajına yönelik kaygı ortaya çıkabilmektedir (3,9,69). Kişilerde inkâr etme, öfke, şok, depresyon, pazarlık, anksiyete gibi belirtilerin görülebilmesi sebebiyle kayıp ve yas süreci başlar. Meme kanseri kadınların yaşamlarında önemli bir dönem olarak görülebilecek ve kadınlar için psikososyal etkileri olan önemli bir sağlık problemidir. Özellikle vücutlarında meydana gelen değişiklik beden imajına yönelik problemlere yol açabilmektedir (3).

Beden imajı algısı yaşanan değişikliklerin yanı sıra, diğer insanların kişinin bedenini nasıl gördüğü algısıyla da şekillenir (70). Günümüz toplumunda, kişilerin beden imajı algısı yayın organları tarafından verilen mesajlardan büyük oranda etkilenmektedir. Televizyonda yayınlanan diziler, filmler, reklamlar gibi yayın araçlarının yarattığı etkiler, kişilerin dış görünüşlerine, genç kalma, çekici olma ve güzel görünme gibi şeylere önem vermeye başlamışlardır. Çevresindeki kişileride bu açıdan değerlendirmeye başlamışlardır. Bu da bireylerin ruhsal durum ve yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Beden imajı algısı, kadınların kadınsı ve alımlı hissetmesini sağlayan bir unsur olmakla birlikte, kadının toplumsal cinsiyet rolleri ve sosyal ilişkiler bağlamında kendini ifade etmesini ve var oluş nedenini sergilemesini sağlayan bir sembol olarak da algılanabilir (9,71-73). Bu nedenle, bedenin toplumun belirlediği imajın dışına çıkması, kişinin kendisini ve vücudunu algılamasının değişmesine ve psikolojisinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Beden imajı algısı olumsuz olan bireylerde; kişinin bedeninde oluşan değişim hakkında konuşmama, ilgili bölgeyi gizleme, inkâr etme, konuşmak istememe, çevresindeki kişilerin kendini kabullenmedikleri algısı, korku, endişe, anksiyete, depresyon ve sosyal uyumsuzluk gibi belirtiler meme kanseri tedavisi gören kadınlarda fiziksel görünümünde oluşturduğu etkiler sebebiyle gözlemlenebilir (74).

Meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim sonrası uzuv kaybı olan kadınlar için beden imajının değişimine bağlı olarak yıkıcı bir deneyimdir. Bununla birlikte, cerrahi girişim öncesi uygulanan kemoterapinin yan etkileri olan saç dökülmesi, kilo alımı, cilt ve tırnakta trofik bozukluklar, mukozit ve halsizlik gibi şikayetler psikolojik etkileri arttırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, tedavi sürecinde yer alan radyoterapinin

vücutta oluşturduğu yanık, ciltte kuruluk, kaşıntı, kızarıklık, pullanma ve cilt renginde koyulaşma da beden imajına olumsuz etki edebilecek tedavi deneyimleri olarak düşünülmektedir (75).

Meme cerrahisi sonrasında rekonstrüktif müdahalelerin amacı, kadınların içinde bulunduğu olumsuz duygulanımı bertaraf etmektir; fakat meme protezleri dışardan herhangi bir farklılık yansıtmasa da kadın için kendi bildiği ve hala etkisinden kurtulamadığı kayıp hissini yaşamasına engel olamayabilir. Kadının hissettiği tahrip olma durumu ve kadınlığını kaybetmişlik hissi sebebiyle müdahale uygulanan uzvuna bakmaktan kaçınmasına, cinsel hayatını olumsuz etkilemesine ve sosyal izolasyona yol açabilmektedir. Kişilerin beden imajını etkileyen pek çok bireysel faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında kişi için bedeninin görünümü, dışardan nasıl görüldüğü, değişimin ne düzeyde olduğu ve günlük yaşamı etkileyebilecek düzeyde olup olmadığıdır. Bu doğrultuda da meme kanseri tanısı alan kadınların beden imajı konusunda, istenmeyen değişimlere maruz kalmaları sebebiyle fazlasıyla etkilendikleri bilinmektedir (54,59,75,76).

Meme kanseri tanısı alan kadınların, tedavi sürecinde karşılaştıkları sorunlar sonucunda psikososyal sorunlar yaşadıkları görülmekte ve bu durum işlevselliklerini etkileyebilmektedir. Özellikle işlevselliğin yaygın olarak etkilendiği durumun beden imajının değişmesi ve bu durumun meydana getirdiği olumsuz duygu ve düşüncelerin eşleri ile sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (77). Beden algısının değişmesi sonucunda bireyin kendi bedenini sergilemesi konusunda çekingen tutum sergilemesi ve çekici olmadığını hissetmesi nedeniyle cinsellik hakkında daha fazla endişeye yol açmaktadır (78). Kişinin beden algısındaki değişim kendisi hakkındaki düşüncelerin değişmesine ve benlik algısının zedelenmesine yol açabileceği gibi ilişki uyumunu da olumsuz etkileyebilmektedir. Karşılıklı uyumun sağlanmadığı ve kadının kanser tanı ve tedavi sürecinin stresi ile eskisi gibi davranamaması ilişkisel problemlerde yol açabilmektedir (3).

Meme kanseri tanısı alan kadınların bireysel ve eşli olarak beden imajı hususunda yordayıcı faktörleri incelenmiştir. Kadınların tedaviye ilişkin bireysel faktörleri ve eşleri ile ilişkine bağlı faktörlerinin, meme kanseri tanısı sonrasında beden

imajını yordayıcılığının incelenmesi 98 Alman meme kanserli kadının ve eşlerinin verileri ile gerçekleştirilmiştir. İncelemelerde kadınların kendini kabullenme düzeyi ile partnerlerinin kabullenme düzeyi karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, beden imajı kişiye özgü ve eşler arası ilişki bağlamında farklı düzeyde bağlantılı bulunmuştur. Kadınların depresif belirtilerinin kendilerini kabullenme düzeyini yordadığı, fakat partnerlerinin beden imajını kabullenme düzeylerini yordamadığı saptanmıştır (79).

Meme kanseri tanısı almış kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, mastektomi geçiren meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. 52 meme kanseri tanısı konulan kadın ve 52 sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmada, mastektomi geçiren kadınların, sağlıklı kontrol grubuna göre beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumunun sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, uzuv kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişimin kadınlarda benlik saygısı, beden algısı ve eş uyumunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir (80).

2.7. Cinsel Yaşam Kalitesi ve Meme Kanseri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı "cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması ile kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi olarak tanımlamaktadır (81). Kişilerin biyopsikososyal tam bir iyilik halinde olmaları için cinselliğin sağlıklı yaşanması önemli yer tutarken, kanserle yaşam cinsel sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (82).

Cinsellik düşünceler, fanteziler, inançlar, tutumlar, arzular, değerler, uygulamalar, davranışlar, roller ve ilişkiler kapsamında deneyimlenir ve ifade edilir. Cinsellik bunların tamamını içerebilse de bunların hepsi her zaman deneyimlenmez ya da ifade edilemez. Cinsellik aynı zamanda biyolojik, psikolojik, sosyal, politik, yasal, ekonomik, kültürel, tarihsel, dini ve manevi faktörlerin etkileşiminden de etkilenir (83,84).

Kanserli hastalarda beden imajı değişiklikleri cinsel fonksiyon bozukluklarının nedenleri arasında düşünülmeyp, genellikle göz ardı edilmektedir. Cerrahi girişimlerin fiziksel görünümde, beden algısında, bireyin öz güveninde ve cinsel kimlik

algılamasında yaptığı hasarların hepsi hastayı ve eşini cinsel açıdan olumsuz etkilemektedir. Fobair ve arkadaşları (2006) yaptığı çalışmalarda meme kanserinde uygulanan tedavi sonrasında kadınlarda beden imajı ile ilgili birçok sorunla, eşlerin tepkilerinden kaygı duyma ve bu nedenle cinsel ilişkiden uzak durma davranışlarına sıklıkla rastlanmaktadır (85).

Meme kanseri tanısı konan bir kadının cinselliği, sağlıklı bireylerden farklı değildir. Kanser tedavisi gören kadınların da tüm bireyler gibi sevgi, yakınlık, dokunma, sıcaklık, güven, ait olma, şefkat ve bağlanma gereksinimleri vardır. Bu gereksinimler evrenseldir ve her yaş ve her durum için geçerlidir (77).

Genel olarak diğer kanser türlerinde de görüldüğü üzere, kanser ve kanser tedavileri kişilerin cinsel sağlığını farklı açılardan etkilemekte ve bozmaktadır. Özellikle meme kanseri vakalarında mastektomi yönteminin uygulanması ve kadının uzuv kaybının gerçekleştiği cerrahi girişim sonrasında diğer kanser türlerine göre daha fazla cinsel problem yaşadığı bilinmektedir (86). Bununla birlikte, kemoterapi, hormonoterapi ve radyoterapi gibi meme kanserinin tipine ve evresine bağlı olarak planlanan tedavi şeklinin meydana getirebileceği etkiler sebebiyle cinsel etkinlik düzeyi değişebilmekte ve bozulmaktadır (86,87). Bu nedenle, tedavi ve cerrahi müdahale geçiren kadınların hem kendisi hem de eşleri bu süreçte etkilenebilmektedir. Bununla birlikte, kadının içinde bulunduğu psikolojik koşullar diğer aile üyelerini dahi etkilemektedir (88). Hem cerrahi müdahale öncesi hem de sonrasında kaygıları olan kadının kişilerarası ilişkileri önemli ölçüde değişmekte ve dejenere olmaktadır. Bu anlamda, mastektomi ile ilgili hem kanserli bireyin hem de ailesinin bilgilendirilmesi, bireysel ve eşli bakış açısının yeniden yapılandırılması önemlidir (3).

Bütün kanser türlerinin cerrahi tedavisinde olduğu gibi meme kanserlerinde de temel amaç tümörün temizlenmesi ve hastalıksız sağ kalımın uzatılmasıdır. Ancak diğer kanserlerden farklı olarak, meme kanserli hastaların sıkıntısı yalnız hayatı tehdit eden kanserin yarattığı depresyon ve anksiyeteden kaynaklanmamaktadır. Ameliyat sonrası hastalar bir yandan hayatlarını tehdit etmekte olan bu hastalığın yol açtığı gerilimi yaşamakta, bir yandan da bozulan beden imajlarını alıştırmaya çalışmakta ve bunun neden olduğu cinsel, sosyal ve mesleki sorunlarla mücadele etmektedir. Mastektomi sonrası

hastalarda sıklıkla duygulanım bozuklukları, cinsel istek kaybı, beden algılamalarında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, uygun giysi bulmadaki güçlüklerden kaynaklanan sosyal sorunlar gözlenmektedir. Meme rekonstrüksiyonu bu tür psikolojik bozuklukları azaltmakta ve hastaların ruhsal durumlarını güçlendirerek hastalıkla daha iyi mücadele etmelerini sağlamaktadır (59, 89).

Meme kanserli kadın hastalarda cinsel istekte azalma; meme yapısında ortaya çıkan kayıp, saç dökülmesi, ağrı, beden imajı, sağlık durumunu algılamada meydana gelen değişikliklere bağlı olarak gelişebilmektedir. Ayrıca tedavi sürecinde, aşırı yorgunluk, tekrar etme korkusu cinsel sorunlara yol açabilmektedir (90).

Meme kanseri nedeniyle tedavi gören hastalarda yan etki olarak vajinada kuruluğa ve oluşan kurulukta cinsel ilişki esnasında ağrıya neden olmaktadır. Östrojen yoksunluğu ve tedavi edici müdahalelerin (cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi) sonucunda meme kanserli hastalarda cinsel uyarılmada, cinsel dürtüde, orgazm fonksiyonunda ve ilişki esnasında zevk alabilmede ciddi derecede olumsuz etkisi bulunmaktadır (91).

Meme kanserli kadınlarda cerrahi sonrası fiziksel olarak cinsel işleve engel bir sorun değildir. Ancak, hastanın beden imajı ve benlik saygısında herhangi bir değişiklik veya eşinin tepkileri çiftin anksiyete düzeyini artırabilir ve cinsel işlevi etkileyebilir. Meme kanseri nedeniyle mastektomi olmuş kadınların eşleri insizyon bölgesine bakmakta güçlük çekebilir. Eşin bu tepkisi, kadının vücudunun deforme ve tiksindirici olduğuna ilişkin korkusunu güçlendirir (92).

Akyolcu (2008), meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşamı incelemiştir. Çalışmada, cerrahi girişimin türüne göre kadınlarda beden imajı problemlerinin artış gösterdiği ve buna bağlı olarak cinsel sorunların ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Cerrahi girişimin mastektomi (uzuv kaybı) ile sonuçlandığı durumlarda, kadınların beden imajına ve cinselliğe ilişkin sorunlarının daha fazla olduğu ve koruyucu cerrahi girişimlerin bu anlamda kadınların cinsel sağlığı bakımından daha olumlu sonuçlar verdiği ifade edilmiştir. Bununla birlikte, mastektomi (uzuv kaybı)

yapılan kadınlara takiben rekonstrüktif cerrahi müdahalelerin yapılmasının cinsel sağlığı bakımından daha etkin olduğu öne sürülmüştür (7).

Denizgil ve Sönmez (2015), meme kanseri olgularında koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınların benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantılarını incelediği çalışmasında 50 mastektomi operasyonu geçiren ve 50 koruyucu cerrahi geçiren meme kanseri olan kadınların demografik değişkenleri, benlik saygısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıları karşılaştırılmıştır. Yaş ortalaması 51,1 olan kadınlar arasında koruyucu cerrahi geçirmiş kadınların mastektomi geçiren kadınlara göre beden algısı ve cinsel yaşantılarının anlamlı düzeyde daha iyi olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonucun, mastektomi sonucunda yaşanan uzuv kaybının meme kanserli kadınlarda psikososyal problemlere yol açtığı ve işlevselliği etkileyebileceği düşünülmektedir (93).

Sertöz ve arkadaşları (2004), meme kanserinde ameliyat tipinin kadınlarda beden algısı cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkilerini inceledikleri çalışmada, 75 meme kanseri tanısı almış ve cerrahi operasyon geçirmiş kadın ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda, sağlıklı kontrol grubu, meme rekonstrüksiyonu ve basit mastektomi geçiren kadınlar arasında eş uyumu ve cinsel doyum bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte, meme cerrahisi tipine göre cinsel doyum ve eş uyumu arasında farklılık bulunmazken, meme kanseri tanısı almış kadınlarda görülen en yaygın cinsel işlev bozukluğu iletişim ve kaçınma alanlarında saptanmıştır. Toplam mastektomi geçiren kadınlarda ise benlik saygısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Meme kanseri tanısı almış genç hastalarda ise cerrahi girişimin tipi daha çok meme rekonstrüksiyonudur (94).

2.8. İlişkilerde Mutluluk ve Meme Kanseri

Literatüre baktığımızda "ilişkilerde mutluluk" tanımı yerine daha ziyade genel bir mutluluk tanımı yapıldığını görüyoruz. Ayrıca ilişkilerde mutluluk, evlilik doyumu ve evlilik uyumu araştırmaları kadar çok yapılmadığı görülmektedir. Mutluluğun göreceli bir yapısı olduğu görülür. İnsanlar hayatları süresince olmak istedikleri ya da elde etmek istedikleri şeyler için çaba sarf ederler. Elde ettiklerinden maddi ve manevi

olarak kendilerinde oluşan haz ve doyuma bağılı hoşnutluk oluşur. Bu haz ve doyum fizyolojik ve psikolojik bir durumdur (95).

Mutluluk insan yaşamının bütün yönlerini etkileyen bir kavram olarak karşımız çıkar. Kişinin hissettiği olumlu duyguların olumsuz duygulardan daha fazla olması ve yaşamdan doyum alması olarak ifade edilir. Araştırmacılara göre mutluluk psikolojik rahatsızlıklara karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (96).

Öztürk ve Arkarın (2014) aktardığına göre; Glenn (1991) bireylerin kişiliklerinin gelişmesi ve mutlu olmasında evliliğin önemli bir unsur olduğunu (97), Gökçe (1976) kadınların temeldeki görevi ana olmak olduğunu (98), Carel (2017) de “Bir kadın ancak analık sayesinde bedeni ve zihni bakımından tam manada gelişmiş olur” der. Bu yüzden kadının ilişkilerden mutlu olması aynı zamanda dişiliği ve anneliği tatmış olmasından kaynaklandığını düşünebiliriz (65).

Evlilikte mutluluk ve evliliğin işlevi bakımından cinsel yaşam önemli bir rol oynar. Çiftler arasında cinsel doyum, hazzın paylaşımı, yakınlığın pekişmesi; yaşamın ve evliliğin getirdiği zorluklar karşındaki stresi, gerilimi azaltmakta olduğu görülür. Ayrıca cinsel doyumun kalitesi de oldukça önemlidir. Çiftlerin cinsel yaşamları hakkındaki hissettikleri, ilişkileri hakkındaki hissettikleriyle ilişkilidir. Özellikle kadınlar eşi ile duygusal yakınlıkları ne kadar fazla ise cinsellikle ilgili doyum tanımlamaları o kadar fazla olabilmektedir (97).

Mastektomi sonucunda kadının değişen beden imajı algısı, cinsellik ve dişilik algısını tehdit ederek kendisinin ve başkalarının bakış açısından etkilenmesine, benlik saygısının azalmasına, bazı durumlarda partnere karşı yetersizlik hisleri ile yakın ilişki kurmakta problemler yaşamasına, cinsel doyum yetersizliğine ve evlilik uyumunda bozulmaya neden olabilmektedir (9,70,77,80,99,100). Avis (2005)’nin son 3,5 yıl içinde meme kanseri tanısı konulmuş 50 yaş ve altındaki kadınlarla yaptığı bir çalışmada, kadınların %46,7’sinin vücutlarında meydana gelen değişikliklerden rahatsızlık duyduğu, %40,7’sinin cinsel ilişki sırasında vajinal kayganlıkta güçlük yaşadığı, %41,7’sinin cinselliğe ilgi duymadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmaya göre kadınlar ve eşlerinin yaşadığı en önemli problemler; kadın ile ölümünden sonra

olabilecekler hakkında konuşma yapılması (%52,8) ve yakın ilişkiye girmede ve cinsel ilişkiyi başlatmada güçlük çekilmesi (%41,9)'dir (101). Yapılan çalışmalarda mastektomili kadınlar ve eşlerinin cinsel doyum ve evlilik uyumlarının, vücut bölüm ve işlevlerinden duyulan memnuniyeti azaltabilen bir faktör olan ameliyattan etkilendiği belirlenmiştir (80,94,102).

Hastalık süreci ve beraberinde getirdiği sorunlar evlilik uyumunu ve eşlerin cinsel doyumunu karşılıklı olarak etkileyebilmektedir. Literatür incelendiğinde cerrahi operasyon geçiren kadınlar ve eşlerinin, yaşanan değişiklikler nedeniyle cinsel yaşamlarının ve evlilik uyumlarının olumsuz etkilendiği görülmektedir (80, 94, 103). Verilen araştırma sonuçları ışığında yaşanan cinsel sorunların kadınların isteksizliklerinden dolayı kaçınma yaşamalarından ve eşlerin de endişelerinden kaynaklandığı görülmektedir. Hastalık sürecinde hem kadının hem de eşinin birlikte yaşadığı bu sorunlar evlilik uyumunda bozulmaya ve buna bağlı olarak da baş etme güçlüklerine neden olabilmektedir. Babaoğlu (2012) yaptığı çalışmada, meme kanseri tanısı alan kadınların evlilik uyumu arttıkça daha etkili baş etme biçimleri gösterdiklerini tespit etmiştir (104). Avis (2005)'de meme kanseri ile baş etme sürecini birlikte geçiren bazı eşlerin ilişkilerinde önemli bir düzelme olduğunu vurgulamaktadır. Bahsi geçen çalışmaların sonucuna göre hastalar ve eşlerinin bu süreçte evlilik uyumlarını sürdürmeleri, etkili baş edebilmeleri, hatta bu süreçten ilişkileri güçlenerek çıkmaları mümkündür. Bundan dolayı yaşanan sorunları erken evrede fark etmeleri ve hasta ve eşlerinin desteklemeleri için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (101).

2.9. Meme Kansерinde Eşlerin Rolü ve Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar

Meme kanserli kadınlarda sosyal destek iyileşme süreci ve kanserle başa çıkmak için oldukça güçlü bir kaynaktır. Hastaların eşlerinden ve ailelerinden algıladıkları sosyal destek kadınların kansere ilişkin psikolojik sıkıntılarını azaltmaktadır. Çoğu araştırma meme kanserli kadınların en önemli sosyal destek kaynağı olarak eşlerini veya birlikte yaşadıkları kişileri tanımladıklarını göstermiştir. Yapılan çalışmalarda meme cerrahisinden sonra eşlerin duygusal katılımları ve kanserle ilgili zor duygular hakkında

iletişim kurma isteklerinin hastaların kanserle baş etmesini kolaylaştırdığı bildirilmiştir (11).

Tek başına yaşayan hastaların psikososyal uyumunun, eşleri, çocukları, ailesi veya akrabası ile yaşayanlara göre psikolojisinin daha çok etkilendiğini ortaya koymaktadır (16). Diğer kanser türlerinde de olduğu gibi meme kanseri de sadece hastayı değil, hastanın ailesini, eşini ve çevresindeki insanlarıda olumsuz yönde etkilemektedir (76,104,105). Hastalığın her aşamasında hasta yakınları da hasta ile kaygı, üzüntü ve endişe duyguları yaşamakta, Kübler Ross (1992)'un tanımladığı psikososyal aşamalardan geçebilmekte ve yaşam kaliteleri önemli ölçüde etkilenmektedir (7,11,18).

Literatür incelendiğinde, kanser hastalarına birincil bakım veren grupta en çok eşlerin olduğu ve eşlerin yaşam kalitesinin diğer aile üyelerine göre daha düşük olduğu görülmektedir (106). Benzer şekilde, meme kanseri deneyimi boyunca, hastanın yakınları içinde en büyük destek kaynağını çoğunlukla eşler oluşturmaktadır (104). Tiryaki ve ark. (2010) tek taraflı mastektomi olmuş 25 kadının kocası ile yaptıkları bir çalışma sonucunda, eşlerde yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon tespit etmişlerdir (105). Bu alışma sonuçları ve literatür ışığında söylenebilir ki, meme kanseri tedavi sürecinde eşler çok önemli bir destek kaynağı konumunda bulunmakta, fakat diğer yönden de bakım vericiliğın ağır yükü nedeniyle çeşitli psikososyal sorunlar yaşamakta ve yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (7,11,18).

Meme kanseri tanısı alan kadınların eşleri, sıklıkla hastalığın yol açtığı sorunlar ile tek başına baş etmeye çalışmakta, kimi zaman bakım vericiliğın zorlukları içinde boğulmakta ve kimi zaman da hazırlıksız hissederek acı çekmektedirler (76,102,107). Eşlerin yaşadığı psikolojik sıkıntı (distres), anksiyete, depresyon, fiziksel ve maddi problemler, eşlerini kaybetme korkusu, kendi ölümü ile yüzleşme, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edememe, iletişim problemleri, aile ve çocukları ile ilgili endişeler, düşük benlik algısı ve cinsel problemler gibi sıkıntılar zaman içinde aileyi de çıkmaza sokabilmekte ve evlilik ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir (102,108,109). Evlilik uyumu konusunda Okanlı ve Ekinici (2008)'nin 38 meme kanserli kadın ve eşleri

ile yaptığı çalışmada, eşlerde yaşam doyumu azaldıkça evlilik ilişkisinde de uyumsuzluğa neden olduğu sonucuna ulaşmıştır (76).

Görüldüğü gibi meme kanseri ve mastektominin sonuçlarına bağlı psikososyal sorunları sadece kadınlar değil, aynı zamanda eşler de yaşamaktadır. Hatta aile bireyleri içinde bu sorunları en yoğun olarak eşlerin yaşadığı söylenebilir (76,102,105,108,109). Hastalar ve eşlerinin hastalık sürecinde yaşadığı bu psikososyal sorunlar evlilik uyumunu ve cinsel doyumu da etkileyebilmektedir (11).

2.10. Meme Kanseri Nedeniyle Kadın ve Eşlerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Başetmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Meme kanseri nedeniyle mastektomi olan kadının değişen beden imajı algısı, dişilik ve cinsellik algısını tehdit ederek; kendisinin ve başkalarının bakış açısından etkilenmesine, benlik saygısının azalmasına, bazı durumlarda partnere karşı yetersizlik hisleri ile yakın ilişki kurmakta problemler yaşamasına, cinsel doyum yetersizliğine ve evlilik uyumunda bozulmaya neden olabilmektedir (9,70,77,80,99,100).

Bir aile rahatsızlığı olan meme kanseri, kadın ve eşinin beden imajı algısında bozulma, ilişkilerde mutluluk ve cinsel doyumda eksiklik gibi psikososyal sorunlarla karşılaşmasına sebep olabilmektedir. Meme kanserli kadınlar için genellikle birincil sosyal destek kaynağı olan eşleri, kadınlar ile onların yaşadığı sorunlarla mücadele etmekte, yoğun emosyonel problemler yaşayabilmekte, eşine vermekte olduğu destekte yetersiz kalabilmekte, nefes almak için bir mola isteyebilmekte ve toplumun bakımvericiliği yükü üstlemesi ve yetersiz sosyal desteği yüklenemeyerek bakımalıcı rolüne de ihtiyaç duyabilmektedir. Bu süreçte hem kadın hem de eşinin yeterli uyumu sağlayabilmesi için sağlık profesyonellerinin sorunları net biçimde belirlemesi ve psikososyal destek sağlaması önemlidir (76,102,104,109).

Sağlık profesyonelleri, yaşamın korunmasına odaklanmalı ancak bu yaklaşım, hastanın çok önemli bir gereksinimi olan yaşam kalitesini ve dinginliğinin korunmasını gölgede bırakmamalıdır. Nitelikli yaşamın önemli bileşenlerinden biri olan cinsellikle ilgili sorunların yanında biyo-psiko-sosyal birçok sorunla yüz yüze gelen meme kanserli hastanın yaşamını nitelikli ve anlamlı kılacak önlemlerin alınmasında, hemşire ve diğer

sağlık profesyonellerinin, rol ve sorumlulukların bilincinde hareket etmesi, hasta ve ailenin güvenini kazanması önemlidir (110,111).

Ancak sağlık profesyonellerinin yapacağı sorun belirleme ve destek çalışmalarında cinsel konuları özellikle ele almaya çalışmaları ve ele alırken hassas ve dikkatli davranmaları gerekmektedir. Çünkü meme kanserinde cinsel konular hastalar ve eşlerinin genellikle ihmal ettikleri ya da konuşmaktan ve yardım almaktan çekindikleri konular arasında yer almaktadır (11).

Hastalar ve eşlerin bu aşamada yaşadıkları sorunlarla mücadelesinde tüm sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmekle birlikte, hastalarla sürekli iletişim halinde ve sık etkileşen bir meslek grubu olması nedeniyle hemşireler daha önemli bir konumdadır. Hemşireler hastalarına bakım verirken bütüncül yaklaşımı esas alırlar (69). Bütüncül yaklaşım, sosyal, spiritüel, ruhsal ve fiziksel yönden ailesi ve çevresi ile bir bütün olduğu esasına dayanır. Meme kanseri deneyiminde hastaların en büyük destek kaynağını eşleri oluşturmaktadır (104). Bu nedenle hastalar için sağlanacak bütüncül bakımın eşleri de kapsaması gerekir. Hastalar çoğunlukla bozulmuş beden imajı algılarının yarattığı yetersiz olma duygularından ötürü cinsel kaçınma yaşamaktadır. Toplumun eşlere yüklediği role bağlı kalarak cinsel isteklerini bastırmak zorunda olduklarını düşünmekte, yaşanan bu sorunlar çoğu zaman gizli kalmakta ve gereksinilen yardım alınamamaktadır (107). Çoğu zaman bu durum çiftlerin cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşanılan bu sorunlar evlilik uyumsuzluklarına ve boşanmalara neden olabilmektedir. Bu sıkıntılarla etkin şekilde başedemeyen çiftlerde hastalığa ek olarak farklı sorunlar boy gösterebilmektedir (76,107,112). Hasta ve eşlerin hastalık süreci ile ilgili yaşayabilecekleri bu sıkıntılar konusunda hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin farkındalıklarının daha fazla olması, hastaların bu sorunlar açısından sık sık değerlendirilmesi ve değerlendirmeler sonucunda saptanan sorunlara erken evrede müdahale edilmesi ile sorunların büyümeden önlenmesi sağlanabilir (11).

Hemşirelik her yaştan, aileden, gruptan ve toplumdan hasta ya da sağlıklı tüm bireylerin özerk ve işbirlikçi bakımını kapsamaktadır. Aynı zamanda sağlığın teşviki, hastalığın önlenmesi, hasta, engelli ve ölen kişilerin bakımını da içermektedir. (113). Hemşireler halk sağlığının korunmasında vazgeçilmezdir (114).

Resmî gazetede yayınlanan 19 Nisan 2011 tarihli 27910 sayılı ‘Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte’ Halk Sağlığı Hemşireliği, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumluluklarından birisi, ruhsal bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalığın etkeni olabileceğini bilir ve hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirir, risk faktörü analizi yapar. Halk Sağlığı Hemşireliği, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hemşiresi görev, yetki ve sorumluluklarından birisi ise; kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunlarını belirler, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütür (115).



3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, meme kanseri nedeni ile cerrahi operasyon geçiren kadınlarda beden algısı, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumu ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı Kliniklerinde, Mayıs- Temmuz 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Mayıs-Temmuz 2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi kliniğine ve gününbirlik kemoterapi ünitesine başvuran meme kanseri nedeniyle cerrahi operasyon geçiren 175 kadın hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde çalışılmış, ancak, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, evli olmayan hastalar olması nedeniyle çalışma 106 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışmaya, 18 yaş ve üzerinde olan, evli olan ve eşi ile birlikte yaşayan, Türkçe konuşup anlaşılabilen, herhangi bir iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm kadınlar dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Beden imajı, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumu puan ortalaması

Bağımsız Değişken: Bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi vb.) ve hastalık ile ilgili özellikler (ameliyat türü, tedavi yöntemi, psikolojik durumu vb.)

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları aşağıda listelenmiştir.

- Sosyodemografik Veri Formu
- Beden İmajı Ölçeği- Vücut/Kişi İlişkisi Testi (BİÖ)
- Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın (CYKÖ)
- İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ)

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu, literatür bilgileri göz önüne alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından, katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulan form, kadınların rahatsızlığına ilişkin bireysel ve klinik değişkenler, yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi ameliyat türü, tedavi yöntemi gibi sosyodemografik bilgileri içeren 20 sorudan oluşturuldu.

3.5.2. Beden İmajı Ölçeği-Vücut/Kişi İlişkisi Testi (BİÖ-VKİT)

Bu test kişinin vücudu ile ilişki içinde olarak nasıl düşündüğü, hissetiği ve davrandığı ile ilgili soruları içermektedir. Bu testteki bazı maddeler fiziksel görüntüyle ilgili olsada diğerleri fiziksel aktivite ve sağlığı ilgilendirir. Kişinin vücuduyla olan ilişkisini anlamak için her maddenin nasıl tanımlayıcı olduğunu 0-4 arasındaki puanlarla belirlenir. Ölçek, 44 maddeden oluşmaktadır ve ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Bahayi tarafından (2015) yapılmıştır (116).

3.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ)

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği, 2005 yılında Symonds ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 2009 yılında Tuğut ve Gölbaşı tarafından geçerlik ve güvenirliliği yapılmış bir ölçektir. Ölçek, likert tipinde, uygulanışı kolay, 18 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin her bir maddeyi son dört hafta içindeki cinsel yaşamını düşünerek kendi kendine yanıtlanması beklenmektedir. Ölçeğin her bir maddenin 1-6 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum). Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Bu puan sisteminde ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan ham puan-18)x100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 72 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; $(72-18) \times 100 / 90 = 60$ olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach α güvenirlik katsayısı 0,83'tür (117). Bu tez çalışmasında cronbach α değeri 0,80 olarak saptanmıştır.

3.5.4. İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ)

Yakın ilişkilerin genel değerlendirmesini içeren İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (Relationship Happiness Questionnaire) 6 maddelik bir ölçek olup, Fletcher ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri; sevgi, mutluluk, genel doyum, ilişkinin istikrarı, sorunların ciddiyeti ve ilişkiye bağlılık/yükümlülük düzeyi ile ilgili algıları ölçmektedir. Maddeler, 7 basamaklı bir ölçek üzerinden puanlanmaktadır (örn. hiç sevmiyorum 1...2...3...4...5...6...7 çok seviyorum gibi). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 42'dir. Ölçeğin Türkiye'de standardizasyon çalışması Kışlak tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal bulgularına yakın sayılabilecek bulgular elde edilmiştir. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı ,80'dir (118). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı ,87 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, tek bir merkezde yapılmış olması çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Elde edilen sonuçlar, verilerin toplandığı tarihlerde ve çalışmanın yapıldığı hasteneye başvuran hastaların verdiği yanıtlarla sınırlıdır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik kurulundan etik kurul onayı alınmış (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır (EK-6). Veri toplama araçları uygulanmaya başlamadan önce kadınlara, çalışmanın amacı açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, bilgilerin gizli kalacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar alınarak “zerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Yaş Grubu	29-45 yaş	49	46,2
	46 yaş ve üzeri	57	53,8
Eğitim durumu	İlköğretim	66	62,3
	Lise	22	20,8
	Üniversite	18	17,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	14	13,2
	Çalışmıyor	92	86,8
Çocuğu olma durumu	Var	101	95,3
	Yok	5	4,7
Gelir durumu	Gelir giderden az	27	25,5
	Gelir gidere denk	70	66,0
	Gelir giderden fazla	9	8,5
	Toplam	106	100,0

Katılımcıların sosyo- demografik özelliklerinin dağılımı Tablo1’de gösterilmiştir. Katılımcıları %53,8’inin 46 yaş ve üzeri yaş grubunda, %62,3’ünün ilköğretim mezunu ve %86,8’inin çalışmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %95,3’ünün çocuğu var ve %66’sının geliri giderine denktir.

Tablo 2. Katılımcıların Evlilik ve Eşi ile İlişisine Ait Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		n	%
Eşin yaşı	49 yaş ve altında	49	46,2
	50 yaş ve üzerinde	57	53,8
Eşin eğitim durumu	İlköğretim	43	40,6
	Lise	43	40,6
	Üniversite	20	18,9
Evlenme şekli	Görücü usulü	41	38,7
	Anlaşarak	65	61,3
Evlilik süresi	1-10 yıl arası	12	11,3
	11 yıl ve üzeri	94	88,7
Hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	İyi/ çok iyi	79	74,5
	Ne iyi, ne de kötü	27	25,5
Ameliyatın evlilik ilişkisini etkileme durumu	Etkiledi	17	16,0
	Etkilemedi	76	71,7
	Bilemiyorum	13	12,3
Hastalık öncesi cinsel yaşamın nasıl olduğu	İyi/ çok iyi	70	66,0
	Ne iyi, ne de kötü	36	34,0
Ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumu	Etkiledi	35	33,0
	Etkilemedi	58	54,7
	Bilemiyorum	13	12,3
Ameliyat sonrası psikolojik destek alma durumu	Destek alan	15	14,2
	Destek almayan	91	85,8
Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu	İhtiyaç duyuyor	41	38,7
	İhtiyaç duymuyor	65	61,3
Toplam		106	100,0

Katılımcıların evlilik ve eşi ile ilişkisine ait özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Katılımcıların %53,8’inin eşinin 50 yaş ve üzeri yaş grubunda, %18,9’unun üniversite mezunu olduğu ve %61,3’ünün eşi ile anlaşarak evlendiği saptanmıştır. Katılımcıların %88,7’si 11 yıl ve üzeri süredir evli olduğunu, %74,5’i hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin iyi olduğunu, %71,7’si ameliyatın evlilik ilişkisini etkilemediğini, %66’sı evlilik öncesi cinsel yaşamının iyi olduğunu ve %54,7’si ameliyatın cinsel yaşamını etkilemediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %14,2’si ameliyat sonrası psikolojik destek aldığını ve %38,7’si psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Hastalık ve Tedavi Süreçlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Ne kadar süre önce tanı konulduğu	1 yıldan az	78	73,6
	1-3 yıl	17	16,0
	4 yıl ve üzeri	11	10,4
Ne kadar süre önce ameliyat olduğu	1-6 ay	70	66,0
	7 ay ve üzeri	36	34,0
Ameliyat türü	Total mastektomi	51	48,1
	Meme koruyucu	55	51,9
Kemoterapi alma durumu	Alıyor	78	73,6
	Almıyor	28	26,4
Radyoterapi alma durumu	Alıyor	45	42,5
	Almıyor	61	57,5
	Toplam	106	100,0

Katılımcıların hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir. Katılımcıların %73,6’sına 1 yıldan az süre önce tanı konulduğu, %66’sının 1-6 ay önce ameliyat olduğu ve %51,9’una meme koruyucu cerrahi

uygulandığı belirlenmiştir. Katılımcıların %73,6'sı kemoterapi aldığını ve %42,5'i radyoterapi aldığını ifade etmiştir.

Tablo 4. Ölçeklerin Puan Ortalaması

Ölçekler	Ort	Ss	min	max
Beden İmajı Ölçeği	110,76	16,95	43	161
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	73,03	14,36	30	99
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	35,11	7,18	6	42

Ölçeklerin puan ortalaması Tablo 4'te gösterilmiştir. Katılımcıların Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) puan ortalaması 110,76±16,95 olarak, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) puan ortalaması 73,03±14,36 olarak ve İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ) puan ortalaması 35,11±7,18 olarak bulunmuştur.

Tablo 5. Ölçekler Arasındaki Korelasyon

Ölçekler		Beden İmajı Ölçeği	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	İlişkilerde Mutluluk Ölçeği
Beden İmajı Ölçeği	r_s	1	,394	,211
	p		,000	,030
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	r_s	,394	1	,295
	p	,000		,002
İlişkilerde Mutluluk Ölçeği	r_s	,211	,295	1
	p	,030	,003	

r_s: Sperman Korelasyon; p<0,05

Ölçekler arasındaki korelasyon Tablo 5'te gösterilmiştir. Katılımcıların BİÖ ile CYKÖ ve İMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmış ($p<0,05$) ve CYKÖ ile İMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 6. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	BİÖ Ortalama $\pm$ SS	CYKÖ Ortalama $\pm$ SS	İMÖ Ortalama $\pm$ SS
Yaş Grubu				
29-45 yaş	49	110,30 $\pm$ 19,42	73,32 $\pm$ 16,32	35,73 $\pm$ 7,21
46 yaş ve üzeri	57	110,29 $\pm$ 14,66	72,78 $\pm$ 12,57	34,57 $\pm$ 7,18
<i>İstatistiksel test</i>	t	,304	,019	,824
	p	,762	,849	,412
Eğitim Durumu				
İlköğretim	66	110,30 $\pm$ 18,69	71,28 $\pm$ 13,78	35,01 $\pm$ 7,14
Lise	22	111,54 $\pm$ 14,58	72,68 $\pm$ 15,33	33,00 $\pm$ 8,37
Üniversite ve Üzeri	18	111,50 $\pm$ 13,17	79,88 $\pm$ 13,95	38,05 $\pm$ 4,70
<i>İstatistiksel test</i>	KW	,388	6,339	5,128
	p	,824	,042	,077
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	14	122,00 $\pm$ 13,35	79,14 $\pm$ 15,79	39,07 $\pm$ 3,77
Çalışmıyor	92	109,05 $\pm$ 16,84	72,10 $\pm$ 13,99	34,51 $\pm$ 7,40
<i>İstatistiksel test</i>	Z	2,852	1,979	2,459
	p	,004	,048	,014
Çocuğu olma durumu				
Var	101	110,69 $\pm$ 17,19	72,51 $\pm$ 14,35	34,97 $\pm$ 7,23
Yok	5	112,20 $\pm$ 12,17	83,60 $\pm$ 10,59	38,00 $\pm$ 5,98
<i>İstatistiksel test</i>	Z	,052	1,707	1,117
	p	,958	,088	,264
Gelir durumu				
Gelir giderden az	27	103,29 $\pm$ 18,71	65,51 $\pm$ 13,73	32,70 $\pm$ 8,77
Gelir gidere denk	70	113,34 $\pm$ 16,16	75,72 $\pm$ 13,12	35,94 $\pm$ 6,61
Gelir giderden fazla	9	113,11 $\pm$ 11,29	74,66 $\pm$ 18,72	35,88 $\pm$ 4,85
<i>İstatistiksel test</i>	KW	6,191	11,235	3,039
	p	,045	,004	,219

t: t testi, KW: Kruskal Wallis testi, Z: Man Whitney U testi

Katılımcıların demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 6'da gösterilmiştir. Katılımcıların yaş grupları ve çocuğu olma durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$); çalışma durumu ve gelir durumu ile BİÖ puan ortalaması arasında; eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile CYKÖ puan ortalaması

arasında ve çalışma durumu ile İMÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 7. Katılımcıların Evlilik ve Eşi ile İlişisine Ait Özelliklerine Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	BİÖ Ortalama $\pm$ SS	CYKÖ Ortalama $\pm$ SS	İMÖ Ortalama $\pm$ SS
Eş yaşı				
49 yaş ve altında	49	111,73 $\pm$ 18,82	74,22 $\pm$ 15,68	36,00 $\pm$ 7,21
50 yaş ve üzerinde	57	109,92 $\pm$ 15,28	72,01 $\pm$ 13,17	34,35 $\pm$ 7,14
<i>İstatistiksel test</i>	t	,286	,095	,683
	p	,587	,433	,241
Eşin Öğrenim Durumu				
İlköğretim	43	109,27 $\pm$ 17,18	70,95 $\pm$ 11,94	34,04 $\pm$ 8,15
Lise	43	111,97 $\pm$ 18,20	71,69 $\pm$ 15,92	35,18 $\pm$ 6,99
Üniversite ve Üzeri	20	111,35 $\pm$ 13,91	80,40 $\pm$ 13,88	37,25 $\pm$ 4,28
<i>İstatistiksel test</i>	KW	,149	9,224	1,659
	p	,928	,110	,436
Evlenme şekli				
Görücü usulü	41	111,60 $\pm$ 16,22	70,65 $\pm$ 14,21	33,82 $\pm$ 8,36
Anlaşarak	65	110,23 $\pm$ 17,49	74,53 $\pm$ 14,35	35,92 $\pm$ 6,26
<i>İstatistiksel test</i>	t	,770	,665	,031
	p	,685	,177	,145
Evlilik süresi				
1-10 yıl arası	12	120,33 $\pm$ 22,85	78,16 $\pm$ 16,35	35,58 $\pm$ 8,43
11 yıl ve üzeri	94	109,54 $\pm$ 15,79	72,38 $\pm$ 14,04	35,30 $\pm$ 7,03
<i>İstatistiksel test</i>	Z	1,721	1,531	,807
	p	,085	,126	,419
Hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu				
İyi/ çok iyi	79	112,98 $\pm$ 14,53	75,12 $\pm$ 14,13	36,87 $\pm$ 5,98
Ne iyi, ne de kötü	27	104,25 $\pm$ 21,62	66,92 $\pm$ 13,46	29,96 $\pm$ 8,01
<i>İstatistiksel test</i>	Z	2,376	2,703	4,296
	p	,017	,007	,000
Ameliyatın evlilik ilişkisini etkileme durumu				
Etkiledi	17	110,70 $\pm$ 12,46	64,76 $\pm$ 11,75	32,88 $\pm$ 6,27
Etkilemedi	76	112,17 $\pm$ 16,46	76,00 $\pm$ 13,19	36,60 $\pm$ 6,95
Bilemiyorum	13	102,61 $\pm$ 22,97	66,53 $\pm$ 18,28	29,30 $\pm$ 6,30
<i>İstatistiksel test</i>	KW	3,706	12,608	19,942
	p	,157	,002	,000
Hastalık öncesi cinsel yaşamın nasıl olduğu				
İyi/ çok iyi	70	113,65 $\pm$ 14,93	75,88 $\pm$ 12,80	36,14 $\pm$ 6,60
Ne iyi, ne de kötü	36	105,13 $\pm$ 19,32	67,50 $\pm$ 15,73	33,11 $\pm$ 7,91
<i>İstatistiksel test</i>	t	,371	,081	,208
	p	,014	,004	,039

Ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumu				
Etkiledi	35	104,42±16,02	63,97±23,10	33,65±7,66
Etkilemedi	58	115,32±14,15	78,96±11,71	37,05±6,23
Bilemiyorum	13	107,46±24,62	71,00±15,84	30,38±7,21
İstatistiksel test	KW	9,265	25,191	14,266
	p	,010	,000	,001
Ameliyat sonrası psikolojik destek alma durumu				
Destek alan	15	100,73±22,26	69,13±17,59	34,73±6,15
Destek almayan	91	112,41±15,44	73,68±13,76	35,17±7,37
İstatistiksel test	Z	1,746	,839	,670
	p	,081	,402	,503
Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu				
İhtiyaç duyuyor	41	111,78±18,77	72,00±15,18	35,34± 6,35
İhtiyaç duymuyor	65	110,12±15,81	73,69±13,89	34,96±7,71
İstatistiksel test	t	,488	,589	,259
	p	,626	,557	,796

t: t testi, KW: Kruskal Wallis testi, Z: Man Whitney U testi

Katılımcıların evlilik ve eşi ile ilişkisine ait özelliklerine ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 7’de gösterilmiştir. Katılımcıların eşlerinin yaşı, eşlerinin öğrenim durumu, evlenme şekli, evlilik süresi, ameliyat sonrası psikolojik destek alma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların hastalık öncesi eşi ile ilişki durumu, hastalık öncesi cinsel yaşamının nasıl olduğu ve ameliyat sonrası cinsel yaşamının etkilenme durumu ile BİÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların hastalık öncesi eşi ile ilişki durumu, ameliyatın eşi ile ilişkisini etkileme durumu, hastalık öncesi cinsel yaşamının nasıl olduğu ve ameliyat sonrası cinsel yaşamının etkilenme durumu ile CYKÖ ve İMÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 8. Katılımcıların Hastalık ve Tedavi Süreçlerine İlişkin Özelliklerine Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	BİÖ Ortalama ± SS	CYKÖ Ortalama ± SS	İMÖ Ortalama ± SS
Ne kadar süre önce tanı konulduğu				
1 yıldan az	78	112,51±17,28	74,52±13,43	35,16±7,27
1-3 yıl	17	104,35±15,41	73,11±13,55	36,00±6,57
4 yıl ve üzeri	11	108,27±15,38	62,36±18,42	33,36±7,81
<i>İstatistiksel test</i>	KW	4,598	4,761	1,290
	p	,100	,093	,525
Ne kadar süre önce ameliyat olduğu				
1-6 ay	70	112,01±17,80	73,61±14,22	35,47±6,47
7 ay ve üzeri	36	108,33±15,08	71,91±14,75	34,41±8,44
<i>İstatistiksel test</i>	t	1,122	,330	,510
	p	,292	,567	,477
Ameliyat türü				
Total mastektomi	51	109,09±18,59	70,50±15,47	34,76±7,85
Meme koruyucu	55	112,30±15,28	75,38±12,95	35,43±6,56
<i>İstatistiksel test</i>	t	,974	1,763	,479
	p	,333	,081	,633
Kemoterapi alma durumu				
Alıyor	78	110,76±17,00	72,26±14,36	35,35±6,36
Almıyor	28	110,75±17,10	75,17±14,38	34,42±9,19
<i>İstatistiksel test</i>	Z	,154	1,265	,151
	p	,877	,206	,880
Radyoterapi alma durumu				
Alıyor	45	111,42±17,49	72,40±13,03	35,06±8,65
Almıyor	61	110,27±16,67	72,18±15,31	35,14±5,95
<i>İstatistiksel test</i>	t	,342	,714	,057
	p	,733	,477	,955

t: t testi, KW: Kruskal Wallis testi, Z: Man Whitney U testi

Katılımcıların hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin özelliklerine ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 8’de gösterilmiştir. Katılımcıların tanı konulma süresi, ameliyat olma süresi, ameliyat türü, kemoterapi ve radyoterapi alma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Beden İmajı Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Değişkenler	β	t	p	F	Model (p)	R ² (%95 GA)*
Çalışma durumu	-,199	-2,125	,036	4,162	,002	0,172
CYKÖ toplam puanı	,364	3,862	,000	10,210	,000	0,165

Lineer regresyon uygulanarak Beden İmajı Ölçeği'nin (BİÖ) çalışma durumu ve cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda çalışma durumu için $F=4,162$ $p<0,05$ $R^2=,172$ olarak; CYKÖ için $F=10,210$ $p<0,05$ $R^2=,165$ olarak bulunmuş, Beden İmajı Ölçeğinin toplam varyansın %17'sinin çalışma durumu ve %16'sının CYKÖ puan ortalaması tarafından açıklandığı görülmüştür. Çalışma durumunun ve CYKÖ puan ortalamasının BİÖ'nin puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.

Tablo 10. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Değişkenler	β	t	p	F	Model (p)	R ² (%95 GA)*
Hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	-,233	-2,371	,020	4,617	,000	,276
Ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumu	,343	3,296	,000			
İMÖ puan ortalaması	,221	2,458	,016	13,065	,000	,202

Lineer regresyon uygulanarak Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (CYKÖ) hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ve ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumu bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=4,617$ $p<0,05$ $R^2=,276$ olarak bulunmuş, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinin toplam varyansın %27'sinin bu değişkenlerce açıklandığı görülmüştür. Hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ve ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumunun CYKÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür. İMÖ puan ortalamasının $F=13,065$

$p < 0,05$ $R^2 = ,202$ olarak bulunmuş, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinin toplam varyansın %20'sinin İMÖ puanın açıklandığı görülmüştür.

Tablo 11. İlişkilerde Mutluluk Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Değişkenler	β	t	p	F	Model (p)	R^2 (%95 GA)*
Çalışma durumu	-,200	-2,231	,028	5,703	0,000	0,222
Hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	-,415	-4,257	,000			

Lineer regresyon uygulanarak İlişkilerde Mutluluk Ölçeği'nin (İMÖ) çalışma durumu ve hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin durumu bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F = 5,703$ $p < 0,05$ $R^2 = ,272$ olarak bulunmuş, İlişkilerde Mutluluk Ölçeğinin toplam varyansın %22'sinin bu değişkenlerce açıklandığı görülmüştür. Çalışma durumu ve hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu İMÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, meme kanseri nedeni ile cerrahi operasyon geçiren kadınlarda beden imajı, cinsel yaşam kalitesi ve eşler arasındaki uyumun etkisi belirlenmesi amacıyla araştırma kapsamına alınan kadınlardan elde edilen bulgular literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılma

Araştırma kapsamına alınan kadınların %46,2'sinin 29-45 yaş grubunda olduğu, %53,8'inin 46 yaş ve üzeri yaş grubunda olup en genç hasta 29, en yaşlı hasta 65 yaşında olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Meme kanseri hastalığının yaş ilerledikçe insidansının azaldığı görülmektedir. En sık 25-49 yaş grubunda görülmektedir (Şekil 6). Eryılmaz ve arkadaşları (2010) tarafından 2007-2009 tarihleri arasında meme kanserli hastalarda retrospektif yapılan bir çalışmada erken evre tanı alanların 3/4'nün 50 yaş altında olması ve Türkiye'de meme kanserlerinin yaklaşık %50'inin 50 yaş altında olduğu saptanmıştır (119). Araştırmaya katılan hastaların %62,3'ünün ilköğretim, %20,8'i lise, %17'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Katılımcıların eğitim düzeyleri ağırlıklı olarak ilkokul mezunu düzeyindedir. Literatürde hastaların çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğunu belirten çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde Göktaş (2008), Yıldız (2015) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmalarında, olguların eğitim düzeyi ilköğretim grubunda yoğunlaşmakla birlikte yurtdışında Williams ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarında bu yoğunluğun %50'ler üzerinde yükseköğretim grubunda olduğu görülmektedir (11). Güven'in (2019) meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %13,9'unun okur-yazar olmadığı, %50'sinin ilkokul mezunu (84), Vural'ın (2009) meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu araştırmasında %69,1'i okur-yazar değil, %10,9'unun okur-yazar ve %14,5'inin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır (91). Bu çalışmadan da anlaşıyor ki eğitim düzeyinde bölgesel farklılıklar olduğunu gösteriyor. Çalışmamızda öğrenim düzeylerine göre elde ettiğimiz veriler ülkemizde yapılan çalışmalarla paralellik göstermekte olup, ilköğretimi bitirenler büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.

Katılımcıların %86,8'inin çalışmadığı ve %66'sının geliri giderine denk olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Ev hanımı olanların oranının yüksek olması ülkemizde kadınların çalışma oranının düşük olmasına bağlı olabilir. Katılımcıların hastalandıktan sonra işi bıraktıkları da söylenebilir. Çalışma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun çalışmayan olmasının nedeni, hastaların çoğunun ev hanımı ve emekli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Uzun ve arkadaşlarının (2004) meme kanseri nedeniyle cerrahi operasyon geçirmiş kadınlar üzerinde yaptıkları yaşam kalitesini değerlendirme çalışması sonucunda kadınların eğitim durumları ile işle ilgili durumlarının yaşam kaliteleri üzerinde etkili değişkenler olduğu saptanmıştır (120). Erturhan Türk'ün (2017) meme kanserli kadınlarda mastektominin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine yaptığı araştırmada %91,2'sinin çalışmadığı ve %89,5'inin geliri giderine denk, Kamsız'ın (2018) meme kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmada %51'ünün geliri giderine denk, Güven'in (2019) meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %78,9'unun çalışmadığı, Vural'ın (2009) da meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %94,5'inin çalışmadığı, Kurt Öncü'nün (2008) mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %91,9'unun çalışmadığı ve %61,2'sinin geliri giderine denk olduğu saptanmıştır. Hastaların %95,3'ünün çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Sadıç'ın (2019) kadınlarda meme kanseri ile ilgili yapmış olduğu çalışmasında %93,9'unun çocuk sahibi olduğu, Öztürk'ün (2013) mastektomili kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmasında %93'ünün çocuğunun var olduğu saptanmıştır (15, 20, 59, 84, 91, 121, 122). Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kadınların geç yaşta doğum yapmamaları, çocuk emzirmemeleri ve fazla çocuk doğurmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde kanser hastalarının büyük çoğunluğunun çocuğa sahip olduğunu ve orta seviyede ekonomik duruma sahip olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışma sonuçları literatürle paraleldir.

Araştırmaya katılan hastaların evlilik ve eş ilişkisine ait özelliklere göre %53,8'inin eşinin 50 yaş ve üzeri yaş grubunda, %18,9'unun üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yıldız'ın (2015) mastektomi olmuş kadınların ve eşleri ile ilgili yapmış olduğu çalışmasında %23'ünün 45 yaş ve üzeri olduğu ve %27,6'sını üniversite

ve üzeri, Vural'ın (2009) meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %16,4'ünün lise/üniversite, Kurt Öncü'nün (2008) mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %12,2'sinin lise ve üzeri mezunu, Öztürk'ün (2013) mastektomi kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmasında %59'unun 50 yaş ve üzeri grubunda, %25'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (11,20,59,91). Çalışmaların farklı şehirlerde ve farklı özellikteki hastanelerde yapılmış olmasının sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Literatür bilgileri çalışma ile paralellik göstermektedir.

Hastaların %61,3'ünün eşi ile anlaşarak evlendiği ve %88,7'si 11 yıl ve üzeri süredir evli olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Kurt Öncü'nün (2008) meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %51'i görücü usulü kendi kararıyla, %36,8'i severek kendi isteğiyle evlendiği, Kaya'nın (2017) kırsal ve kentsel alanda yaşayan evli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %64,9'unun anlaşarak, Erturhan Türk'ün (2017) meme kanserli kadınlarda yapmış olduğu çalışmasında %63,8'inin 21 yıl ve üstü, Yıldız'ın (2015) çalışmasında da %58,6'sının 10-20 yıl ve %26,4'ünün 20 yıl ve üzeri süredir evli olduğu saptanmıştır (11,15,20,123). Literatür bilgileri çalışmamızı desteklemektedir.

Hastaların %74,5'i hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin iyi olduğu, %71,7'si ameliyatın evlilik ilişkisini etkilemediğini, %66'sı evlilik öncesi cinsel yaşamının iyi olduğu ve %54,7'si ameliyatın cinsel yaşamını etkilemediğini ifade etmiştir (Tablo 2). Hastaların eşlerini severek evlenmeleri, uzun yıllar evli olmaları ve hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin iyi olması meme kanseri nedeniyle cerrahi operasyon geçirmeleri az da olsa ameliyatın evlilik ilişkisini ve cinsel yaşamını etkilediği söylenebilir. Kurt Öncü'nün (2008) mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında %87,8'inin ameliyat öncesi evlilik ilişkisinin iyi olduğunu, %75,6'sının ameliyatın evlilik uyumu üzerine etkileri konusundaki düşüncelerinin iyi olduğu saptanmıştır (20). Öztürk (2013)'ün mastektomi sonrası kadının cinsel yaşamı ile ilgili çalışmasında tanı öncesi cinsel sorun (isteksizlik) %5 iken, tanı sonrası cinsel ilişkiyi arzulamama %37 olmuştur ve tanı sonrası cinsel sorun yaşama %64 olmuştur (59). Literatür bilgileri çalışmamıza paralellik göstermektedir.

Katılımcıların %14,2'si ameliyat sonrası psikolojik destek aldığını ve %38,7'si psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Eşlerin, meme kanseri olan kadınların tek sosyal destek kaynağını oluşturduğundan yola çıkarak, eşlerin bu durumun farkında oldukları ve karılarının yanında olup destek olmaya çalışarak yaşadıkları sıkıntıları çözmeye çalıştıkları için durumu bu şekilde algıladıkları düşünülebilir. Yıldız'ın (2015) yaptığı çalışmada kadınların %29,9'unun psikolojik destek aldığı saptanmıştır (11). Solak'ın (2018) yaptığı çalışmada, girişim grubunu oluşturan hastaların %24,4'nün psikolojik destek aldığı, kontrol grubundaki hastaların %11,1'nin psikolojik destek aldığı saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan girişim grubu hastalarından üç hasta ve kontrol grubu hastalarından iki hastanın eğitim tedavi sürecinde psikolojik destek almaya başladığı görülmüştür (26). Literatürde meme kanserinde erken dönemde psikolojik sıkıntı arttığı, psikolojik sıkıntının ve yönetiminin zamanında tespit edilmesinin, hastalığın tedavi ve sağkalım evrelerinde çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Literatür çalışma ile örtüşmektedir.

Katılımcıların hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin özelliklerinin dağılımına bakıldığında; katılımcıların %73,6'sına 1 yıldan az süre önce tanı konulduğu, %66'sının 1-6 ay önce ameliyat olduğu ve %51,9'una meme koruyucu cerrahi uygulandığı belirlenmiştir. Katılımcıların %73,6'sı kemoterapi aldığını, %42,5'i radyoterapi aldığını ifade etmiştir (Tablo 3). Ayaz'ın (2012) meme kanserli kadınlarda yaptığı çalışmasında, %85'inin kemoterapi, %77'sinin radyoterapi, %98'inin cerrahi tedavi gördüğü saptanmıştır (124). Yıldız (2015)' in yaptığı çalışmada %46'sının ameliyat üzerinden 12 ay ve altı süre geçtiği ve %56,3'ünün kemoterapi aldığı, Erturhan Türk (2017)' ün meme kanserli kadınlarda yaptığı çalışmada ise, %94,7'sinin kemoterapi aldığı, %84,2'sinin 6 ay ve üzeri önce mastektomi olduğu ve araştırmayı sadece mastektomili kadınlarda yaptığı saptanmıştır (11, 15). Güler'in (2017) meme kanseri nedeni ile cerrahi operasyon geçiren kadınlarda yapmış olduğu çalışmasında %36'sının 1 yıldan az süre önce tanı konulduğu %41'inin 1-3 yıl arasında tanı konulduğu, %97'sinin kemoterapi aldığı, %50'sine meme koruyucu cerrahi uygulandığı saptanmıştır (3). Solak'ın (2018) yaptığı çalışmada, girişim grubunu oluşturan hastaların %37,8'nin parsiyel mastektomi (MKC), %62,2'nin total mastektomi ameliyatı olduğu; kontrol grubundaki hastaların %36,1'nin parsiyel mastektomi (MKC), %63,9'unun total

mastektomi ameliyatı olduğu belirlenmiştir (26). Çalışmaya katılan hastaların erken dönemde teşhis edilmesinin ameliyat türünde oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamız literatürün geneline bakıldığında bazı durumlarda çalışma ile paralellik gösterdiği durumlarda mevcut, örtüşmediği durumlarda vardır.

5.2. Hastaların Beden İmajı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Ölçeğinden Aldığı Puanlar ve Aralarındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmada hastaların Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) puan ortalaması (110,76±16,95) olarak bulunmuştur (Tablo 4). Literatürde farklı örneklem grupları ile yapılmış çalışma sonuçları yer almaktadır. Ayaz'ın (2012) yaptığı çalışmaya katılan 100 meme kanserli kadın hastanın; beden imajı ölçeğinin puan ortalaması 92,80 ± 10,58, Akkaya ve ark.'nın (2011) meme kanserli hastalarla aynı ölçekle yaptıkları çalışmada beden imajını 98,70 ±26,50 bulmuşlardır (124, 125). Keskin ve ark.'nın (2011) mastektomi hastalarında beden imajı puanını 87,28±18,55 bulmuşlardır (126). Avis ve ark. (2004) meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada en fazla göze çarpan sorunlar arasında kadınların vücutlarında meydana gelen değişiklikten rahatsızlık duyma olduğu saptanmıştır (127). Ganz et al. (1998) tarafından yapılan çalışmada, mastektominin beden algısı üzerine etkisi olmadığı belirtilmektedir (128).

Meme kanserinde pozitif beden imajı algısının geliştirilmesi, depresyonu azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktadır (68). Kesitsel korelasyonel tasarlanan bir çalışmada (n=102) meme kanseri tanısı konulan hastaların ameliyat sonrası dönemdeki beden imajı sorunları araştırılmıştır. Katılımcıların çoğu beden imajına ilişkin endişeler yaşadığı, cerrahi insizyon görüntüsünün, memenin alınmasının beden imajını olumsuz etkilediği saptanmıştır (129). Mastektomi sonrası beden imajı ile ilgi sorunların araştırıldığı iki yıllık takip içeren bir çalışmada (n=76) mastektomi sonrası kadınların beden imajı hakkındaki duygularının cerrahiden 10 ay sonrasından 3 yıla kadar benzer olduğunu, değişmediğini göstermektedir (74). Yapılan bir diğer çalışmada ise meme kanseri sağ kalanlarının tanıdan sonraki beşinci yıl izleminde kadınların %46'sının beden imajına ilişkin problemler yaşadıkları saptanmıştır (130). Begovic-juhan ve arkadaşlarının (2012) 70 meme kanseri cerrahisi geçirmiş kadın ile yaptıkları çalışmada meme kanseri cerrahi tedavisi öncesi ile karşılaştırıldığında kadınların yaklaşık %58'i

kendisini daha az çekici hissettiğini, %52'si daha az kadınsı hissettiğini, %39'u çıplak vücuduna bakmakta zorluk yaşadığını ve %54'ü vücutlarından memnun olmadığını belirtmiştir. Kemoterapi alan kadınlarda kadınlık ve beden görüntüsünden memnun olma durumlarının azaldığı ve kendilerini çekici bulmadıkları bulunmuştur (68).

Koçan'ın (2014) yaptığı çalışmada yapılan görüşmelerde, katılımcıların çoğunun memeyi kendileri için kadınlığı, güzelliği ve anneliği simgeleyen bir organ olarak anlamlandırdıkları belirlenmiştir (131). Cebeci ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada ise katılımcılar memenin kadınlar için önemli bir organ olduğunu ve kadın olmanın en önemli özelliklerinden biri olduğunu belirtmişlerdir (132). Araştırmaların ortak sonucu olarak kadınların memeyi kadınlık, güzellik ve annelik temsilcisi olarak gördükleridir. Mastektomi sonrası yaşanan meme kaybı kadına sosyal destek sağlamak ve kendini rahatlatmak için dini inançlarına daha çok yönelmesi şeklinde etkileyebilir. Koçan'ın çalışmasında kadınların ameliyat yerini gördüklerinde; ürkütükleri, korktukları, kendilerini kötü, tuhaf ve farklı hissettikleri saptanmıştır (131). Yürek ve ark.'nın (2000) yaptığı çalışmada mastektomi sonrası kadınların ameliyat bölgesine bakmaktan kaçındıkları saptanmıştır (133). Meme kaybı nedeniyle olumsuz beden imajına sahip ve görünümünden hoşnut olmayan kadın bu hoşnutsuzluğun nedenini gizlemek için giyim tarzını değiştirme yoluna başvurabilmektedir. Dahl ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada kadınlar mastektomi sonrası beden imajındaki olumsuz değişime bağlı olarak giyim tarzlarında değişim yaptıklarını ifade etmişlerdir (134). Kadınların yaşadıkları bu durum olumsuz beden imajı değişimine neden olan meme kaybını özellikle sosyal çevreden gizleme istemlerine bağlanabilir.

Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) puan ortalaması $73,03 \pm 14,36$ olarak bulunmuştur (Tablo 4). Bahıtlı'nın (2016), jinokolojik kanser tanı ve tedavisine ilişkin bazı özelliklerin kadınların cinsel yaşam kalitesi ile ilgili çalışmasında, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek-Kadın puan ortalaması $68,83 \pm 21,17$ olarak, bulunmuştur (135). Leila ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir araştırmada meme kanserli hastaların %53,2'sinde kanserden sonra cinsel ilişki sıklığında azalma, hastaların %80,9'unda azalmış cinsel çekicilik ve hastaların %42,5'inde disparoni durumları bulunmuştur (136). Öztürk (2013), mastektomi sonrası uygulanan meme

rekonstrüksiyonunun kadının cinsel yaşamı üzerine etkisi adlı çalışmasında çalışmamıza ek olarak rekonstrüksiyonlu kadınların cinsel yaşamlarının daha sağlıklı olduğuna dair hipotezini kadın cinsel yaşam ölçeği puan sonuçlarına göre desteklemiştir (59). Yalaz, (2017) beş yıldır evli olan bireyler ile beş yıldan fazla evli olan bireylerin evlilik uyumlarını ve cinsel doyumlarını incelediği tezi mevcut çalışmaya ek olarak evlilik süresi ile cinsel doyum arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Arslantaş (2014)' ın mastektomi olan kadınlarda benlik saygısı ve eş uyumunu değerlendirdiği çalışmasında mevcut çalışmayı destekler nitelikte bulgular ortaya koymuş, mastektominin eşler arasındaki uyumu, cinsel yakınlığı azalttığını ve kadınlarda benlik saygısı puanlarını düşürdüğünü söylemiştir (137).

Çalışmada, ilişkilerde mutluluk ölçeği (İMÖ) puan ortalaması $35,11 \pm 7,18$ olarak bulunmuştur (Tablo 4). Evlilik uyumunu pek çok değişken etki etmektedir. Bireylerin aldıkları eğitim, yetiştikleri kültürel çevre, aile görgüleri, meslek, inanç, psikolojik yapı, kişilik özellikleri gibi etkenler eşlerin birbirine uyumunu etkilemektedir (138).

Collins ve Coltrane (1991) evliliğin en önemli bileşenlerinin sadakat, anlaşılma, iyi bir cinsel yaşam, çocuklar, ortak ilgiler, ev işlerinin paylaşılması, yeterli paraya sahip olmak ve benzer bir geçmişi paylaşmak olduğunu belirtmişlerdir. Evlilikte mutluluk ve evliliğin işlevi bakımından cinsel yaşam önemli bir rol oynar. Çiftler arasında cinsel doyum, hazzın paylaşımı, yakınlığın pekişmesi; yaşamın ve evliliğin getirdiği zorluklar karşındaki stresi, gerilimi azaltmakta olduğu görülür. Ayrıca cinsel doyumu kalitesi de oldukça önemlidir. Çiftlerin cinsel yaşamları hakkındaki hissettikleri, ilişkileri hakkındaki hissettikleriyle ilişkilidir. Özellikle kadınlar eşi ile duygusal yakınlıkları ne kadar fazla ise cinsellikle ilgili doyum tanımlamaları o kadar fazla olabilmektedir (97).

5.3. Hastaların Beden İmajı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkilerde Mutluluk Ölçeği Aralarındaki Korelasyon

Meme kanseri nedeniyle cerrahi operasyon geçiren kadınlar için yapılan korelasyon analizinde beden imajı, cinsel yaşam kalitesi ve ilişkilerde mutluluk

ölçekleri puan ortalaması arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5). Kanseri tanısının travmatik oluşu ve özellikle meme alma operasyonundan sonra kadının vücuduna ilişkin beğeni düzeyini azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan özgüven eksikliğinin, düşük benlik saygısını doğurduğu düşünülmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda da mastektomi olan kadınların sağlıklı gruplara göre daha düşük benlik saygısına sahip olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan Reaby ve arkadaşları (1994), 64 mastektomi olan ve sonrasında takma sütyen kullanan, 31 mastektomi sonrası meme onarım operasyonu geçiren ve 78 sağlıklı birey üzerinde beden imajı ve benlik saygısını karşılaştırmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre sağlıklı bireylerin benlik saygısı düzeyleri mastektomi olan her iki gruptan da anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Meme kanseri tedavisinde uygulanmakta olan cerrahi girişimlerin kapsamında meme alımını içeren mastektominin, cinsellik ve kadınlık sembolü bir organın kaybına yol açması sebebiyle kadında cinsel işlevlere ve çekicilik duygusuna zarar veren, travmatik bir yaşam deneyimi olduğu dikkate alındığında, mastektomi olan kadınlarda cinsel doyumun düşük olması beklenen bir durumdur. Bununla birlikte doyum düzeyinin düşüklüğüne, meme kaybı nedeniyle partnerinin kendisini çekici bulmayacağı algısına bağlı olarak cinsel ilişkiden kaçınma ve buna bağlı olarak cinsel ilişkiye girme sıklığına azaltma da bu gruptaki kadınlar için ortaya çıkabilir. Literatürde meme kanserinin travmatik etkilerini dikkate alarak cerrahi girişimin cinsel yaşantı üzerindeki etkisini değerlendiren birçok araştırma bulunmaktadır. Barni ve Mondin'in (1997), meme kanseri olan 20-60 yaşları arasında ve en az bir sene önce cerrahi girişim deneyimleyen (%48 mastektomi, %42 lumpektomi) 50 kadın ile yaptıkları araştırmanın sonuçlarında, kadınların %96'lık kısmında 1 veya daha fazla cinsel problem görüldüğü; %64'lük kısmında cinsel istek azlığı; % 48'lik kısmında cinsel istek yokluğu; %44'lük bölümünde orgazm olamama, %42'sinde vajinal kuruluk ve %38'inde ağrı (disparoni) gibi pek çok sorun arasında en belirgin olan problemin, cinsel istek evresinde yaşandığı belirtilmiştir (139). Sertöz ve arkadaşlarının (2004), ortalama bir buçuk yıldır meme kanseriyle yaşamakta olan 125 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, beden algısının total mastektomi nedeniyle bozulduğunu, bozulan bu algının eş uyumunda bozulmaya ve cinsel doyuma azalmaya yol açtığı; meme kanseri olan kadınlarda en fazla görülen cinsel işlev bozukluğunun, iletişim bozukluğu ve cinsel ilişkiden kaçma olduğu belirtilmiştir (94). Okanlı ve

Ekinci (2008)'nin çalışmasında mastektominin, meme kanserli hasta ve eşlerinin, yaşam doyumlarıyla evlilik uyumlarında herhangi bir farklılığa neden olmadığı fakat duygu kontrol düzeyinde mastektomi sonrasında, mastektomi öncesine göre anlamlı farklılıkların olduğu gözlenmiştir (76). Takahashi ve Kai'nin (2005) meme kanseri tedavisinden sonraki dönemde yaşanan cinselliği araştırdıkları çalışmada, cinselliğin, kanser tanısı konulduktan sonraki dönemde ihmal edildiği; meme kanseri olan kadının cinsel hayatında, tedavi sonrasındaki psikolojik ve fiziksel iyileşme hızı, eş tarafından alınan olumsuz yanıt sebebiyle duyulan kaygı, eşlerin cinsel ilişkiye verdikleri önemin derecesinin yanında eşin destek ve anlayışı gibi faktörler de etkilidir (140). Kadınların vücut bölüm ve işlevlerinden duyduğu memnuniyet azaldıkça; kadınların vaginismus ve anorgasmi problemleri ile kadınların ve eşlerin toplam cinsel doyum, doyum, kaçınma, dokunma problemleri artmaktadır (11). Kadınların mastektomi nedeniyle memesini kaybetmesi kendisini cinsel olarak çekici hissetmemesine, eşinin kendisini beğenmeyeceği endişesi ile cinsel ilişki esnasında çıplak vücudunu göstermekten rahatsız olmasına yol açtığı için, eşiyle yakın temas kurmaktan rahatsız olmakta ve kaçınma yaşayabilmekte, bu da kadının ve eşin cinsel doyumunu karşılıklı olarak etkileyebilmektedir. Önen Sertöz ve arkadaşlarının (2004) total mastektomili hastaların evlilik uyumu arttıkça cinsel doyumunun arttığını belirlemişlerdir. Bulgulardan yola çıkarak, kadınların meme kanseri tedavi sürecinde mastektomiye bağlı yaşadığı psikososyal sorunlar olduğunda bu sorunlardan eşlerin de etkilendiği, karşılıklı olarak bir uyum içinde yaşanan cinsel doyumun bu sorunlar nedeniyle sekteye uğradığı ve dolayısıyla da evlilik uyumunun bozulması ile kadın ve eşinin cinsel doyumunun ve yaşam kalitesinin etkilendiği söylenebilir (94). Tüm bu sonuçlar, araştırma bulgularının literatür ile paralellik taşıdığını göstermektedir.

5.4. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının karşılaştırılması

Araştırmamızda, hastaların yaş grupları, çocuğu olma durumuna göre BİÖ, CYKÖ ve İMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6). Bu durum, 45 yaş ve üzeri olma ve çocuk sahibi

oldukları için etkilemediği düşünülmektedir. Araştırma bulgularında, kadınların tanıtıcı özellikleri ile ölçeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmaması düşündürücü ve ilginç bir bulgu olmakla birlikte, çalışmada mastektominin yanı sıra yaş artıkça yaşı ilerlemesine bağlı olarak fizyolojik değişikliklerin görülmesi ile birlikte hastalık kaynaklı fiziksel problemlerin artması, ek hastalıklar bireysel yetersizlik duygularının gelişmesine, dolayısıyla beden imajlarının ve benlik saygılarının olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Yaşın tek başına cinsel sorunların belirleyicisi olmadığı, ancak yaşlılıkta pek çok organik ya da psikososyal faktörün cinsel sorunlara yol açabileceği yaş ile cinsel doyumun azaldığı, ileri yaş grubundaki hastaların cinsel sorunlarına çok yönlü olarak düşünülmelidir. Uçar ve Uzun'un (2008) yaptıkları çalışmada da sadece 30-39 yaş grubundaki mastektomili kadınların beden imajı algısı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş, yaş arttıkça mastektomi olmuş kadınlarda beden imajının arttığı görülmüştür (80). Speer ve arkadaşları (2005), ileri yaşlarda kadınlarda lubrikasyonda azalma nedeni ile dispareni görüldüğü ve hastaların cinsel ilişkiden uzak kaldıklarını belirlemişlerdir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgusu ile uyumlu değildir (141).

Araştırmamızda, kadının çalışma durumu ve gelir durumu ile BiÖ puan ortalaması arasında; eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında ve çalışma durumu ile İMÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6). Ekonomik bağımsızlık kadının aile içindeki konumunu olumlu yönde etkileyen bir durumdur. Kadının ailesine maddi yönden destek sağlaması hem yaşam standartlarının artmasına hem de kendini daha iyi hissetmesine neden olabilir. Ekonomik açıdan yaşanan sorun "Ait Olma ve Sevgi" noktasında sorun yaşanmasına da neden olarak eşler ve aile ile kurulacak olan ilişkileri etkileyebilir. Nitekim, Lôbo ve arkadaşları (2014)'nın kemoterapi almakta olan 145 kadın ile yaptıkları çalışmada, hastaların ekonomik problemleri olduğu, cinsel tatmin problemleri yaşadığı ve bunun yaşam kalitelerini etkilediği bildirilmiştir (142). Bu sonuçlardan yola çıkarak, yaşanan ekonomik problemlerin, aile içi huzursuzluklara yol açacağı, dolaylı olarak kadınların eşleri ile olan iletişimini etkileyeceği ve eşleri ile sevgi paylaşımını engelleyerek yaşam doyumunun ayrılmaz bir parçası olan cinsel doyumunu azaltabileceği söylenebilir.

Çalışmamızın bulgularına göre öğrenim durumu cinsel yaşamı etkilemektedir. Eğitim düzeyi iyi olan bireylerin daha bilinçli olabileceği göz önünde bulundurularak eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesini yükselteceği düşünülmektedir. Çayan ve arkadaşları (2004), eğitim seviyesinin düşük oluşu, işsizlik, çok sayıda doğum, menapoz ve kronik hastalık varlığı gibi faktörlerin cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını arttırdığını belirlemişlerdir (143). Sertöz ve arkadaşlarının (2004) total mastektomi uygulanmış kadınlarda yapmış olduğu araştırmada eğitim ve gelir düzeyinin eş uyumuna etkisine bakılmış ve eğitim düzeyinin eş uyumunu etkilediği saptanmıştır (94). Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgusu ile uyumludur. Bazı parametrelerde anlamlı farklılığın olmaması kadınların ve eşlerinin yaş ortalamasının yüksek olmasına, eğitim seviyesinin düşük olmasına ve sosyo kültürel etmenlere bağlanabilir.

5.5. Hastaların Evlilik ve Eşi ile İlişisine Ait Özelliklerine Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Kadınların eşlerinin yaşı, eşlerinin öğrenim durumu, evlenme şekli, evlilik süresi, ameliyat sonrası psikolojik destek alma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7). Bu parametrelerde anlamlı bir farkın çıkmaması, eşin 50 yaş ve üzerinde, eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olması, %61,3'ünün anlaşarak evlenmesi, %88,7 sinin 11 yıl ve üzeri evli olması, sosyokültürel etmenlere de bağlanabilir.

Aygın ve Eti Aslan'ın (2008) meme kanserli 190 kadın ile yaptıkları çalışmada düşük eğitim seviyesinin cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını anlamlı bir şekilde artırdığını ve durumun aynı zamanda kadınların eşinin eğitim seviyesi ile de anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (144). Saygı, karşılıklı anlayış, duygusal bağlılık ve içtenliğin evlilik uyumu ile cinsel aktivite ve birliktelik oluşumunda önemli rol oynadığı düşünüldüğünde, yüksek öğrenim düzeyine sahip olma ve etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile yakın ilişkilerde yaşanan sorunların daha kolay halledilebileceği söylenebilir (136). Arıcan (2002), meme cerrahisi sonrası adjuvan tedavi almış meme kanserli kadınlarda psikoseksüel durum ve vücut imajı açısından

yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında, eğitim düzeyi ile psikoseksüel durum arasında bir etki saptamamıştır (145). Kurt Öncü'nün (2008) yaptığı araştırmada eşin eğitim düzeyinin kadınların yalnızlık durumunu etkilediği ve lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip eşleri olan kadınların kendilerini daha az yalnız hissettikleri saptanmıştır (20). Eşin eğitim düzeyi yükseldikçe eşine daha fazla destek olabileceği ve dolayısıyla eşinin duygularını paylaşarak kadının kendini daha az yalnız hissetmesini sağlayabileceği düşünülebilir. Meme kanserli kadınların hastalıkla başa çıkmada en önemli sosyal destek kaynaklarını eşleri oluşturmaktadır. Eşlerinden destek alan kadınların hastalığa uyumlarının daha kolay olduğu ve yaşam doyumlarını olumlu etkilediği savunulmaktadır. Çalışmada elde edilen bulgular bazı literatür bulgularıyla uyumludur.

Literatüre baktığımızda genel olarak evlenme biçiminin evlilik doyumunu etkilediği görülmektedir. Severe evlenenlerin evlilik doyumları görücü usulü ile evlenenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Uğurlu'nun (2003) çalışmasında, kendi tercihleri ile evlenen kişiler ve aileleri tarafından bulunmuş kişilerle evlenen bireylerde bir sorun çözme durumunda eşler arasındaki iletişim incelenmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre, kendi tercihleri ile evlenen eşler arasındaki iletişim daha olumludur. Ayrıca, iletişim davranışlarının cinsiyet farklılığından etkilenip etkilenmediğine bakıldığında kadın iletişim davranışlarının erkeklerden daha olumlu olduğu bulunmuştur (146). Bu araştırmanın bulgularına bakıldığında çalışmamızla uyumlu bulunmamıştır. Kadınlar ve erkekler üzerinde yapılan çalışmalarda; Güven ve Sevim (2007) yaşı evlilik doyumunu yordamadığını bununla beraber Tezer (1994) evlilik doyumunu yaşı yordadığını, yaş ilerledikçe evlilik doyumunun arttığını ifade etmiştir (147, 148). Şendil ve Korkut evlilik süresinin çift uyumunun alt boyutu olan duyguların ifadesi arasında negatif yönde bir ilişki bulmuşlar; evlilik süresi arttıkça bireylerin sevgi gösterme davranışında bir azalma olabileceğini öne sürmüşlerdir (123, 149).

Erturhan Türk'ün (2017) yaptığı araştırmasında evlilik süresi 11-20 yıl olan kadınların yaşam kalitesi ve beden imajı puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek olduğu ancak, gruplar arasında FACT-B'nin diğer endişeler alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı, diğer boyutlarda anlamlı olmadığı

belirlenmiştir (15). Çalışmadan elde edilmiş bu sonuç evliliğin ilk yıllarında kadınların seksüel olarak aktif olması, 21 yıl ve üzeri evli olan kadınlarda ise yaşı getirdiği bedensel değişikliklere kanser ve mastektominin eklenmesinden kaynaklandığı düşünülebilir (14).

Arıcan (2002) çalışmasında, hastaların %38'inin psikolojik destek ve cinsel sağlık sorunlarını başta kendi eşleri olmak üzere arkadaş, akraba ve aynı sorunlara sahip olan diğer kadınlarla paylaştıklarını ve sadece %4'ünün profesyonel destek aldıklarını saptamıştır (145). Davis ve arkadaşları (2005), Avustralya'daki erken evre meme kanserli kadınların destek gereksinimlerini incelemişlerdir. Araştırmada tanıdan sonraki 6 ay ile 1 yıl içindeki 26-94 yaş arasındaki cinsel eşi olan kadınların ne tanı ne de tedavi sırasında %16'sının aile ve sağlık personelinde hiç destek almadığını, çok az hasta ise sağlık personelinde destek aldığını ifade etmişlerdir (150).

Katılımcıların hastalık öncesi eşi ile ilişki durumu, hastalık öncesi cinsel yaşamının nasıl olduğu ve ameliyat sonrası cinsel yaşamının etkilenme durumu ile BiÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların hastalık öncesi eşi ile ilişki durumu, ameliyatın eşi ile ilişkisini etkileme durumu, hastalık öncesi cinsel yaşamının nasıl olduğu ve ameliyat sonrası cinsel yaşamının etkilenme durumu ile CYKÖ ve İMÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Araştırma sonucunda meme kanseri nedeniyle cerrahi operasyon geçiren kadınların hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin iyi olduğunu, ameliyatın evlilik ilişkisini etkilemediği ve ameliyatın cinsel yaşamı etkilemediğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer çalışmalar yapılmıştır. Drageset ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise bir katılımcı meme kaybı ile kadınlığını kaybettiğini bu yüzden eşi ile olan ilişkisinde endişe duyduğunu, artık bedeninin çirkin olduğunu ve eşinin onu beğenmeyeceğinden korktuğunu belirtmiştir (151). Takahashi ve Kai'nin (2005) yaptıkları nitel çalışmada da katılımcılar eşleri ile olan ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiş ve bir katılımcı da eşinin ameliyat bölgesini gördükten sonra ona dokunmak istemediğini ifade etmiştir (140).

5.6. Beden İmajı Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Araştırmada olguların lineer regresyon uygulanarak beden imajı ölçeğinin çalışma durumu ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda çalışma durumunun CYKÖ puan ortalamasının BiÖ' nin puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (Tablo 9). Ekonomik bağımsızlık ve kadının ailesine maddi yönden destek olması hem yaşam standartlarının artmasına hem de kendini iyi hissetmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Türk (2017) yaptığı araştırmanın sonucuna göre çalışan kadınların FACT-B'nin toplam ve tüm alt boyutları ile beden imajı toplam ölçek puan ortalamalarının çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğunu FACT-B sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ile beden imajı arasında istatistiksel farkın anlamlı olmadığını, diğer boyutlar arasında anlamlı olduğunu göstermiştir (15). Konu ile ilişkili yapılan bir araştırmada da Ganesh ve ark. (2016) bu araştırmanın bulgusuna paralel olarak çalışan kadınların yaşam kalitelerinin çalışmayanlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (152).

5.7. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Araştırmada olguların lineer regülasyon uygulanarak CYKÖ' nin hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ve ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumu bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda CYKÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (Tablo 10). Ameliyat olan meme kanserli kadınların hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin ve ameliyatın cinsel yaşamını etkileme durumunun yüksek olması cerrahi girişimin hastalarda oluşturabileceği anksiyete, stres ve cerrahi işlem sonrası oluşabilecek komplikasyonlardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Koçan (2014) yaptığı çalışmasında hastaların bazıları eşleri ile ilişkilerinin ameliyat öncesi gibi olmadığını, eşlerinin kendilerinden ameliyat öncesine göre daha uzak durduğunu belirtirken bazı hastalar ise eşlerinin kendilerine duygularını belli

etmediğini ve bu durum nedeni ile ilişkilerinin bozulabileceği konusunda endişe duyduklarını ifade etmişlerdir (131). Emilee ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada katılımcılar eşleriyle olan ilişkilerinde olumsuz değişimler olduğunu belirterek, aynı zamanda bu durumun cinsel sorunlara da neden olduğunu ifade etmişlerdir (153). Yapılan çalışmalarda meme kanseri tanı ve tedavi sonrası cinsel yaşamın olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular bazı literatür bulguları ile paralellik göstermektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre;

- Araştırmaya katılan hastaların %53,8'inin 46 yaş ve üzeri yaş grubunda, %62,3'ünün ilköğretim mezunu ve %86,8'inin çalışmadığı
- Hastaların %95,3'ünün çocuğu var ve %66'sının geliri giderine denk olduğu
- Hastaların %53,8'inin eşinin 50 yaş ve üzeri yaş grubunda, %18,9'unun üniversite mezunu olduğu ve %61,3'ünün eşi ile anlaşarak evlendiği belirlenmiştir.
- Hastaların %88,7'si 11 yıl ve üzeri süredir evli olduğunu, %74,5'i hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin iyi olduğunu, %71,7'si ameliyatın evlilik ilişkisini etkilemediğini, %66'sı evlilik öncesi cinsel yaşamının iyi olduğunu ve %54,7'si ameliyatın cinsel yaşamını etkilemediğini ifade etmiştir.
- Hastaların %14,2'si ameliyat sonrası psikolojik destek aldığını ve %38,7'si psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.
- Hastaların %73,6'sına 1 yıldan az süre önce tanı konulduğu, %66'sının 1-6 ay önce ameliyat olduğu ve %51,9'una meme koruyucu cerrahi uygulandığı belirlenmiştir.
- Hastaların %73,6'sı kemoterapi aldığını, %42,5'i radyoterapi aldığını ifade etmiştir.
- Hastaların Beden İmajı Ölçeği (BİÖ) puan ortalaması $110,76 \pm 16,95$ olarak, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) puan ortalaması $73,03 \pm 14,36$ olarak ve İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ) puan ortalaması $35,11 \pm 7,18$ olarak bulunmuştur.
- Hastaların BİÖ ile CYKÖ ve İMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmış ($p < 0,05$) ve CYKÖ ile İMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Hastaların yaş grupları ve çocuğu olma durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p > 0,05$); çalışma durumu ve gelir durumu ile BİÖ puan ortalaması arasında; eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir

durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında ve çalışma durumu ile İMÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

- Hastaların eşlerinin yaşı, eşlerinin öğrenim durumu, evlenme şekli, evlilik süresi, ameliyat sonrası psikolojik destek alma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Hastaların hastalık öncesi eşi ile ilişki durumu, hastalık öncesi cinsel yaşamının nasıl olduğu ve ameliyat sonrası cinsel yaşamının etkilenme durumu ile BİÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

- Hastaların hastalık öncesi eşi ile ilişki durumu, ameliyatın eşi ile ilişkisini etkileme durumu, hastalık öncesi cinsel yaşamının nasıl olduğu ve ameliyat sonrası cinsel yaşamının etkilenme durumu ile CYKÖ ve İMÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

- Hastaların tanı konulma süresi, ameliyat olma süresi, ameliyat türü, kemoterapi ve radyoterapi alma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Araştırmada olguların lineer regresyon uygulanarak beden imajı ölçeğinin çalışma durumu ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda çalışma durumunun CYKÖ puan ortalamasının BİÖ' nin puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

- Araştırmada olguların lineer regülasyon uygulanarak CYKÖ' nin hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ve ameliyatın cinsel yaşamı etkileme durumu bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda CYKÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Meme kanseri tanısı alan kadınlara tanı konulduğu andan itibaren psikolojik destek sağlanması önerilir.

- Meme kanserli kadınların beden imajı ve cinsel yaşamla ilgili sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir. Kemoterapi ve Radyoterapi ünitelerinde çalışan hemşirelerin beden imajı ve cinsel yaşamla ilgili konuları yaptıkları destek grup eğitimlerine dahil etmeleri önerilir.
- Hastalar eşleri ile cinsel yaşamla ilgili sorunlar yaşamakta, ancak bu sorunlara ilişkin soru sormakta çekinmektedirler. Hastalar uygun ortam yaratılarak, hastaların soru sormalarına imkân verilmesi, yanıtlarının belirlenmesi ve hastaların güçlendirilmesi önerilir.
- Meme kanseri olan hastaların beden imajı ve cinsel yaşamla ilgili sorunların derinlemesine incelenmesi için hasta ve eşleriyle birlikte grup çalışmalarının yapılması önerilir.
- Eşlerin duygularını ifade etme, eşine destek olma ve kadınında duygularını ifade etme ve iş birliği yapma konusunda sağlık bakım profesyonelleri tarafından verilen bakımın aile ya da çift odaklı olacak şekilde planlanması önerilir.
- Ekonomik sorunları olan kadınları erken evrede ulaşmaya çalışma ve ekonomik anlamda sorunu olan kadınların sosyal hizmet desteği için yönlendirilmesi konusunda hemşirelerin ve hekimlerin farkındalığının arttırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- Kadınların vücut bölüm ve işlevlerinden duyduğu memnuniyet azaldıkça kadın ve eşleri evlilik uyumu ve cinsel doyumu düşmektedir. Bu nedenle kadınların ve eşlerinin birlikte yaşadıkları bu sorunlar konusunda sağlık personelinin farkındalığının arttırılması, beden imajı algısına yönelik sorun yaşayan kadınlara bu problemleri ile başetme yöntemlerinin öğretilmesi, Psikososyal destek ve danışmanlık hizmetlerinin yapılandırılması ve yaygınlaştırılması,
- Kemoterapi ve Radyoterapi gibi tedavi alan kadınların yaşam kalitesini bozan yan etkilerinin belirlenmesi nedeniyle, bu olgunun altında yatabilecek kültürel ve diğer faktörlerin belirlenmesine yönelik nitel çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Türkiye Kanseri İstatistikleri*, 2017, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf Erişim tarihi: 20 Mart 2019.
2. Yılmaz MR. *Meme Kanserin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi*, Üstün EE. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın Bürosu, İzmir, 2002: 25-40.
3. Güler C. *Meme Kanseri nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçiren ve Mastektomi Geçiren Kadınların, Beden Algısı ve Cinsel Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması* (Tez). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
4. Cralg TJ, Abeloff MD. “Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients”, *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131(12): 1323-1327.
5. Suppli NP, Johansen C, Christensen J, Kessing LV, Kroman N, Dalton SO. “Increased risk for depression after breast cancer: a nationwide populationbased cohort study of associated factors in Denmark, 1998-2011”, *Journal of Clinical Oncology*, 2014, 32(34): 3831-3839.
6. Duran K. *Meme kanseri Hastalarında Eşler Arası Uyum ve Sosyal Destek Düzeyinin Depresyon Anksiyete Benlik Saygısı ve Cinsellik Üzerine Etkilerinin İncelenmesi* (Tez). Uludağ Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2018.
7. Akyolcu N. “Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008, 4(2): 77-83.
8. Aygün D, Durat G. “Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım”, *Androloji Bülteni*, 2005, 23: 352-354.
9. Babacan GA. “Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006, 2(3): 108-113.
10. Okanlı A. “Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri”, *İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, 1(1): 1-6.
11. Yıldız G. *Mastektomi Olmuş Kadınların Beden İmajı Algıları, Kadınlar ve Eşlerinin Evlilik Uyumları ve Cinsel doyumları* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi; 2015.

12. Fingeret MC, Teo I, Epner DE. “Managing Body Image Difficulties of Adult Cancer Patients”, *Wiley Online Library*, 2014, 10.1002/cncr.28469.
13. Falk Dahl CA, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fossa SD, Dahl AA. “A Study of Body Gmage in Long-Term Breast Cancer Survivors”, *American Cancer Soc*, 2010, (115): 3549-57.
14. Anagnostopoulos F, Myrghianni S. “Body Image of Greek Breast Cancer Patients Treated with Mastectomy or Breast Conserving Surgery”, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2009, 16 (4); 311-321
15. Türk EK. *Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2017.
16. Çam O, Saka Ş, Babacan GA. “Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2009, 5(2): 73-81.
17. Işık I. “Meme Kanseri Hastalarında Tedavi Sonrası Dönemde Gelişen Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Hemşirelik Girişimleri”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014, 11(3): 58-64.
18. Özbaş A. “Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006, 2(3): 115-117.
19. Dorval M, Maunsell E, Brown J, Kilpatrick M. “Marital Stability After Breastcancer”, *Journal of the National Cancer Institue*, 1999, 91(1): 54-59.
20. Öncü KH. *Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanserli Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu ile Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
21. Şeker E. *Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Kampüsünde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi* (Tez). Düzce Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
22. Can G. *Onkoloji Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014.
23. WHO. “Guidelines for management of breast cancer. Regional Office for the Eastern Mediterranean: World Health Organization”, 2015, <https://www.selfhealinginfo.com/guidelines/guidelines-for-the-management-of-breast-cancer-emro-technical-publication.pdf> Erişim tarihi: 20 Mart 2019.

24. Dünya’da ve Türkiye’de Erken Evre Meme Kanseri İnsidansı ve Farklılıkları, 2017, <http://file.lookus.net/amhd/2017-Erken-Evre-Meme-Kanseri-Kursu-1.pdf> Erişim tarihi: 20 Mart 2019.
25. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006.
26. Solak M. *Meme Kanseri Olan kadınlarda L.E.A.R.N.S. Modelinin Destek Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi* (Tez). Ege Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2018.
27. Karayurt, Ö. “Meme Kanseri”, Can G. *Onkoloji Hemşireliği*, Birinci Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014: 619-657.
28. Özbaş S, Boylu Ş, Soyder A. “Meme Kanserinde Risk Faktörleri”. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M, Utkan Z. *Meme Hastalıkları Kitabı*, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2012:151-158.
29. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay SS, Tükün A, Yalçın B. “Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2011, 7(2): 47-67.
30. Aydın A, Topuz E. *Onkoloji El Kitabı*, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2006: 149-196.
31. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. “Cancer statistics, 2015”, *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2015, 65(1): 5-29.
32. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. “Breast Cancer and Breastfeeding: Collaborative Reanalysis of Individual Data from 47 Epidemiological Studies in 30 Countries, Including 50302 Women with Breast Cancer and 96973 Women without The Disease”, *Lancet*, 2002, 360(9328): 187-195.
33. Rossing MA, Daling JR, Weiss NS, Moore DE, Self SG. “Risk of breast cancer in a cohort of infertile women”, *Gynecol Oncol*, 1996, 60(1): 3-7.
34. Amir E, Freedman OC, Seruga B, Evans DG. “Assessing women at high risk of breast cancer: a review of risk assessment models”, *J Natl Cancer Inst.*, 2010, 102(10): 680-91.
35. Kaymakçı Ş. “Meme Hastalıkları”, Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 3. Basım, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2014: 917-946.

36. Demirelöz M. *Ailesinde Kanser Öyküsü Olan-Olmayan Kadınların Meme Kanserine Yönelik Koruyucu Davranış Geliştirmelerinde Ebenin Rolü* (Tez). Ege Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
37. American Cancer Society (ACS), 2017, <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf> Erişim tarihi: 20 Mart 2019.
38. Öztürk M. “Meme Kanserinin Genetiği ve Risk Faktörleri”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2006: 15-26.
39. Çefle K. “P53 Tümör Süpresör Geni”, *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2003, 66(2): 121-126.
40. Travis LB, Hill DA, Dores GM, Gospodarowicz M, Van Leeuwen FE, Holowaty E, Glimelius B, Andersson M, Wiklund T, Lynch CF, Van't Veer MB, Glimelius I, Storm H, Pukkala E, Stovall M, Curtis R, Boice JD. Jr, Gilbert E. “Breast Cancer Following Radiotherapy and Chemotherapy Among Young Women With Hodgkin Disease”, *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 2003, 290(4): 465-475.
41. Million Women Study Collaborators. “Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study”, *Lancet*, 2003, 362: 419-427.
42. Terry MB, Zhang FF, Kabat G, Britton JA, Teitelbaum SL, Neugut AI, “Gammon, M.D. Lifetime alcohol intake and breast cancer risk”, *Ann Epidemiol*, 2006, 16(3): 230-240.
43. American Cancer Society, Breast cancer, 2017, <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html> Erişim tarihi: 10 Mart 2019.
44. Dossus L, Boutron-Ruault MC, Kaaks R, Gram IT, Vilier A, Fervers B, Manjer J, Tjonneland A, Olsen A, Overvad K, Chang-Claude J, Boeing H, Steffen A, Trichopoulou A, Lagiou P, Sarantopoulou M, Palli D, Berrino F, Tumino R, Vineis P, Mattiello A, Bueno-de-Mesquita HB, Van Duijnhoven FJ, Bakker MF, Peeters PH, Weiderpass E, Bjerkaas E, Braaten T, Menéndez V, Agudo A, Sanchez MJ, Amiano P, Tormo MJ, Barricarte A, Butt S, Khaw KT, Wareham N, Key TJ, Travis RC, Rinaldi S, McCormack V, Romieu I, Cox DG, Norat T, Riboli E, Clavel-

- Chapelon F. “Active and Passive Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk: Results From The EPIC Cohort”, *Int. J. Cancer*, 2014, 134: 1871–1888.
45. Nagrani R, Mhatre S, Rajaraman P, Soerjomataram I, Boffetta P, Gupta S, Parmar V, Badwe R, Dikshit R. “Central Obesity Increases Risk of Breast Cancer Irrespective of Menopausal and Hormonal Receptor Status in Women of South Asian Ethnicity”, *European Journal of Cancer*, 2016, 66: 153-161.
46. Steck S, Rosling R, Murphy EA, Davis JM, et al, “Vitamin D status and breast cancer aggressiveness among African-American and European-American women in South Carolina”, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010, 19(10): 36-45.
47. İbrahim EM, Al-Homaidh A. “Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies”, *Medical Oncology*, 2011, 28: 753-765.
48. Cordina-Duverger E, Koudou Y, Truong T, Arveux P, Kerbrat P, Menegaux F, Guénel P. “Night Work and Breast Cancer Risk Defined by Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 (HER2) and Hormone Receptor Status: A Population-Based Case–Control Study in France”, *Chronobiology International*, 2016, 33(6): 783-787.
49. Fenga C. “Occupational Exposure and Risk of Breast Cancer”, *Biomedical Reports*, 2015, 4: 282-292.
50. Kamdar BB, Tergas AI, Mateen FJ, Bhayani NH, Oh J. “Night-Shift Work and Risk of Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Breast Cancer Res Treat*, 2013, 138(1): 291-301.
51. Grenier D, Cooke AL, Lix L, Metge C, Lu H, Leslie WD. “Bone Mineral Density and Risk of Postmenopausal Breast Cancer”, *Breast Cancer Res Treat*, 2011, 126(3): 679-686.
52. Demirkol H. *Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması* (Tez). Ege Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
53. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. “Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi”, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2010, 8(1): 72-83.

54. Baltacı Göktaş S. *Meme Kanserinde Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Tez). Marmara Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2008.
55. Bozfakıoğlu Y, Özmen V, Ünal M, Müslümanoğlu M, Keçer M, İğci A, Dayıoğlu T. “Meme Kanseri”, Kalaycı G. *Genel Cerrahi*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002: 557-561.
56. Koçaşlı S. *Cerrahi Girişim Sonrası Radyoterapi Alan Erken Evre Meme Kanserli Kadınlarda Konfor Düzeyi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
57. Özmen V, “Erken Evre Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi”, Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M, Utkan Z. *Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Meme Hastalıkları Kitabı*, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2012: 351-366.
58. Sevinç G. “Erken Evre Meme Kanserinde Tedavi Seçenekleri”, Aydın S, Akça T. *Tüm Yönleriyle Meme Kanseri*, 1. Basım, Adana Nobel Kitabevi, Adana, 2011: 271-286.
59. Öztürk D. *Mastektomi Sonrası Uygulanan Meme ve Rekonstrüksiyonunun Kadının Cinsel Yaşamı Üzerine Etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
60. Baron RH. “Surgical Management of Breast Cancer”, *Seminars in Oncology Nursing*, 2007, 23(1): 10-19.
61. American Cancer Society (ACS) Treating Breast Cancer, 2017, <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html> Erişim tarihi: 10 Mart.2019.
62. Ünal M, İğci A, Müslümanoğlu M, Bozfakıoğlu Y, Özmen V. “Meme Kanseri”, Kalaycı G. *Genel Cerrahi*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002: (1): 533-632.
63. Balkan M, Öztürk E. “Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi”, Aydın S, Akça T. *Tüm Yönleriyle Meme Kanseri*, Nobel Kitabevi Adana, 2011, (1):335-344.

64. Özalp E, Karşlıoğlu EH, Aydemir Ö, Soygür H, Erkek BM, Peker SE, Kaymak SU. “Validating the Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS) with breast cancer patients”, *Sexuality and Disability*, 2015, 33(2): 253-267.
65. Carel A. “İnsanlar Uyanın”, <https://tr.scribd.com/document/44909587/25062353-İnsanlar-Uyanın-Alexis-Carel> Erişim tarihi: 04 Nisan 2019.
66. Subaşı B. *Meme CA Tanısı Almış Hastaların Uygulanan Mastektomi ve Mastektomi Sonrası İmplantasyon Tedavisinin Evlilikte Cinsel Uyuma Etkisi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi, Psikoloji Yüksek Lisans Tezi; 2012.
67. Przewdziecki A, Sherman KA, Baillie A, Taylor A, Foley E, Stalgis-Bilinski K. “My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion”, *Psycho-Oncology*, 2013, 22: 1872-1879.
68. Begovic-Juhant A, Chmielewski A, Iwuagwu S, Chapman LA. “Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer”, *Journal of Psychosocial Oncology*, 2012, 30(4): 446-460.
69. Kocaman N. “Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği”. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 9(1): 49-54.
70. Gorman LM, Sultan DF. *Psikososyal Hemşirelik*, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014.
71. Güzel E. “Toplumsal Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve Medyanın Rolü”, *Global Media Journal*, 2014, 4(8): 185-199.
72. Şensoy B. *Medyada Beden İmajı: Bazı Televizyon Programlarından Örnekler* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
73. Öngören B. “Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi”, *Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2015, 34: 25-45.
74. Fallbjörk U, Rasmussen BE, Karlsson S, Salander S. “Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study”, *European Journal of Oncology Nursing*, 2013, 17(3): 340-345.

75. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. “Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity?”, *Eur J Surg Oncol*, 1999, 25: 571-573.
76. Okanlı A, Ekinci M. “Meme Kanserli Hasta ve Eşlerinin Yaşam Doyumları, Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması”, *New Symposium Journal*, 2008, 46(1): 9-14.
77. Çavdar İ. “Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006, 2(2): 64-66.
78. Özalp E, Karlıoğlu EH, Aydemir Ö, Soygür H, Erkek BM, Peker SE, Kaymak SU. “Validating the Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS) with breast cancer patients”, *Sexuality and Disability*, 2015, 33(2): 253-267.
79. Zimmermann T, Scott JL, Heinrichs N. “Individual and dyadic predictors of body image in women with breastcancer”, *Psycho-Oncology*, 2010, 19(10): 1061-1068.
80. Uçar T. *Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi* (Tez). İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
81. Pan American Health Organization, World Health Organization. “Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action”, *World Association for Sexology*, 19-22 May 2000, Antigua Guatemala, Guatemala, 2000: 9-10.
82. Erdoğan E. *Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Doyumunun İncelenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
83. Bozdemir N, Özcan S. “Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış”, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2011, 5: 37-46.
84. Güven E. *Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2019.
85. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D’onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. “Body image and sexual problems in young women with breast cancer”, *Psychooncology*, 2006, 15(7): 579-594.

86. Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, Mikorski R, Palmer SC. “Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors”, *Psychology & Health*, 2014, 29(6): 632-650.
87. Safarinejad MR, Shafiei N, Safarinejad S. “Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy”, *Psycho-Oncology*, 2013, 22(6): 1242-1248.
88. Brandao T, Schulz MS, Matos PM. “Psychological intervention with couples coping with breast cancer: A systematic review”, *Psychology & Health*, 2014, 29(5): 491-516.
89. Çolak A. *Kadınların Cinsel Doyumunun İlişki Mutlulukları Üzerine Etkisi* (Tez). İstanbul Ticaret Üniversitesi, Aile Danışmanlığı ve Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
90. Vural G. “Meme Kanseri, Beden İmajı, Cinsel Sorunlar ve Fertilite”, Fadıoğlu Ç. *Meme Kanseri Hastaya Yaklaşım*, Adana Nobel Kitabevi, Adana, 2011: 115-121.
91. Vural B. *Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Yaşam Değişiklikleri ve Etkileyen Faktörler* (Tez). Harran Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
92. Fallbjörk U, Karlsson S, Salander P, Rasmussen B. “Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer”, *Acta Oncologica*, 2010, 49: 174–179.
93. Denizgil T, Sönmez İ. “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 Sempozyum*, 2015, 53(3): 17-25.
94. Sertöz ÖÖ, Mete HE, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. “Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri kontrollü bir çalışma”, *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği*, 2004, 15(4): 264-275.
95. Aluş Y, Selçukkaya S. “Türk Ailesinde Mutluluk Algısı ve Değerleri”, *Sosyal ve Kültürel Araştırması Dergisi*, 2015, 1(2): 151-175.
96. Özdemir Y, Koruklu N. “Üniversite Öğrencilerinde Değerler ve Mutluluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2011, 8(1): 190-210.

97. Öztürk CŞ, Arkar H. “Evli Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkiler”, *Araştırma Makalesi*, 2014, 1(3).
98. Gökçe B. “Aile ve Aile Tipleri Üzerine Bir İnceleme”, *Hacettepe ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 1976, 8(1-2): 47.
99. Helms RL, O’Hea EL, Corso M. “Body image issues in women with breast cancer”, *Psychology Health and Medicine*, 2008, 13(3): 313-325.
100. Andrzejczak E, Markocka-Maczka K, Lewandowski A. “Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction”, *Psychooncology*, 2013, 22(7): 1653-1657.
101. Avis NE, Crawford S, Manuel J. “Quality of life among younger women with breast cancer”, *Journal of Clinical Oncology*, 2005, 23(15): 3322-3330.
102. Aydın Avcı İ, Kumcağız H. “Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2011, 12(2): 453-459.
103. Yıldırım M. Batmaz M. “The psychological status and the perceived social support of women who have undergone breast surgery”, *New Symposium Journal*, 2013, 51(2): 91-100.
104. Babaoğlu E. “Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkini İncelenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3(2): 53-60.
105. Tiryaki A, Özçürümez G, Sağlam D, Yavuz M. “Meme Kanseri Olan Kadınların Eşlerinin Hastalığa Tepkileri”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11: 95-101.
106. Northouse LL, Mood D, Templin T, Mellon S, George T. “Couples' patterns of adjustment to colon cancer”, *Social Science and Medicine*, 2000, 50(2): 271-284.
107. Duggleby W, Bally J, Cooper D, Doell H, Thomas R. “Engaging hope: the experiences of male spouses of women with breast cancer”, *Oncology Nursing Forum*, 2012, 39(4): 400-406.
108. Fletcher KA, Lewis FM, Haberman MR. “Cancer-related concerns of spouses of women with breast”, *Psychooncology*, 2010, 19(10): 1094-1101.
109. Silva TBC, Santos MCL, Almeida AM, Fernandes AFC. “The Perception of Mastectomized Women’s Partners Regarding Life After Surgery”, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2010, 44(1): 112-117.

- 110.Çam O, Babacan Gümüş A. “Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10(3): 52-60.
- 111.Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. “Sexual functioning in breast cancer survivors”, *Cancer Control*, 2001, 8(5): 442-448.
- 112.Nasiri A, Taleghani F, Irajpour A. “Men’s sexual issues after breast cancer in their wives: a qualitative study”, *Cancer Nursing*, 2012, 35(3): 236-244.
- 113.DSÖ, Nursing. <https://www.who.int/topics/nursing/en/> 2018, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019.
- 114.American Nurses Association, What is Nursing?. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/> Erişim tarihi: 04 Nisan 2019.
- 115.<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx> Erişim: 04 Nisan 2019
- 116.Bahayi K. *İleostomi ve Kolostomi Ameliyatı Olan Hastaların Depresyon Anksiyete ve Cinsel İşlev Bozukluk Düzeylerinin Saptanması* (Tez), Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- 117.Tuğut N, Gölbaşı Z. “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2010, 32: 172-180.
- 118.Kışlak ŞT. “İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ) Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması”, *Kriz Dergisi*, 2002, 10(1): 37-43.
- 119.Eryılmaz AM, Karahan Ö, Sevinç B, Ay S, Cıvık S. “Meme Kanseri Taramalarının Etkinliği”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2010, 6(4).
- 120.Uzun Ö, Eti Aslan F, Selimen D, Koç M. “Quality of life in women with breast cancer in Turkey”, *J Nurs Scholarship*, 2004, 3: 207-213.
- 121.Kamsız C. *Meme Kanserinde Mastektomi Geçirmenin Psikojisi: Meme Kanseri Tanılı ve sağlıklı Kadınlar Arasında Bir Karşılaştırma* (Tez). Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2018.

- 122.Sadıç E. *Kadınların Meme kanseri Erken Tanı, Bilgi ve Davranışları ile Meme Kanseri Korkusu Arasındaki İlişki* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Evde Bakım hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2019.
- 123.Kaya N. *Kırsal ve Kentsel Alanda yaşayan Evli Kadınların Evlilik Uyumu, Evlilik Doyumu ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Karşılaştırılması ve İncelenmesi* (Tez). İstanbul Ticaret Üniversitesi, Aile Danışmanlığı ve Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
- 124.Ayaz A. *Meme Kanseri Kadınlarında Beden İmajı ve Benlik Saygısı* (Tez). Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
- 125.Akkaya N, Şimşir N, Selçuk S, Akkaya S, Ardıç F. “Impact of Body Image on Quality of Life and Mood in Mastectomized Patients and Amputees in Turkey”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2011, 12(10): 2669-2673.
- 126.Keskin G, Gümüş A. “Turkish Hysterectomy and Mastectomy Patient-Depression, Body Image, Sexual Problems and Spouse Relationships”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2011, 12: 425-432.
- 127.Avis N, Crawford S, Manuel J. “Psychosocial problems among younger women with breast cancer”, *Psycho-Oncology*, 2004, 13(5): 295-308.
- 128.Ganz PA, Rovland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. “Life after breast cancer: understanding women’s health-related quality of life and sexual functioning”, *J Clin Oncol*, 1998, 16: 501-512.
- 129.Chen CL, Liao MN, Chen SC, Chan PL. “Body Image and Its Predictors in Breast Cancer Patients Receiving Surgery”, *Cancer Nursing*, 2012, 35(5): 72-77.
- 130.Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. “Then and now: quality of life of young breast cancer survivors”, *Psychooncology*, 2004, 13: 147-160.
- 131.Koçan S. *Mastektominin Kadınların Beden İmajına Etkisi* (Tez). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
- 132.Cebeci F, Yangın HB, Tekeli A. “Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study”, *Eur J Oncol Nurs*, 2012, 16: 406-412.

- 133.Yürek D, Farrar W, Andersan BL. “Breast cancer Surgery: Comparing Surgical Groups and Determining Individual differences in postoperative sexuality and Body Change Stress”, *J Consult Clin Psychol*, 2000, 68(4): 697-709.
- 134.Dahl CAF, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fossa SD, Dahl AA. “A Study of Body Image in Long-Term Breast Cancer Survivors”, *American Cancer Society*, 2010, 116: 3549-3557.
- 135.Bahıtlı B. Jinekolojik Kanser Tanı ve Tedavisine ilişkin bazı Özelliklerin Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2016.
- 136.Leila M, Nada C, Kais C, Jawaher M. “Sexuality after breast cancer: cultural specificities of Tunisian population”, *Pan Afr Med J*, 2016, 25(17): 1-10.
- 137.Arslantaş A. *Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Benlik Saygısı ve Eş Uyumu* (Tez). Mersin Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
- 138.Kubilay D, Oktan V. “Evlilik Uyumu: Değer Tercihleri ve Öznel Mutluluk Açısından İncelenmesi”, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2015, 5(44): 25-35.
- 139.Barni S, Mondin R. “Sexual dysfunction in treated breast cancer patients”, *Annals of Oncology*, 1997, 8: 1-5.
- 140.Takahashi M, Kai I. “Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors”, *Social Science and Medicine*, 2005, 61(6): 1278-1290.
- 141.Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, Zakalik D, Decker DA. “Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors”, *The Breast Journal*, 2005, 11(6): 440-447.
- 142.Lôbo AS, Fernandes AF, Almeida PC, Carvalho CM, Sawada NO. “Quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy”, *Acta Paulista De Enfermagem*, 2014, 27(6): 554-559.
- 143.Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. “The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women”, *Urologia Internationalis*, 2004, 72(1): 52-57.

- 144.Aygın D, Eti Aslan F. “Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008, 4(2): 105-114.
- 145.Arıcan LZ. *Meme cerrahisi sonrası adjuvan tedavi almış meme kanserli kadınlarda psikoseksüel durum ve vücut imajı açısından yaşam kalitesi analizi* (Tez). Ege Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim dalı Uzmanlık Tezi; 2002.
- 146.Uğurlu O. *Evli Çiftlerde Cinsiyet Ayrımına İlişkin Tutumlar, Çatışma Yöntemi Biçimleri ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişki* (Tez). Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; 2003.
- 147.Güven N, Sevim SA. “İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar ve Algılanan Problem Becerilerinin Evlilik Doyumunu Yordaması”, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2007, 111(28): 49-61.
- 148.Tezer E. “Evli Eşler Arasındaki Çatışmalar ile Çeşitli Demografik Değişkenlerin Evlilik Doyumuna Etkisi”, *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmoloji Dergisi*, 1994, 2(3): 209-217.
- 149.Şendil G, Korkut Y. “Evli Çiftlerdeki Çift Uyumu ve Evlilik Çatışmasının Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi”, *Psikoloji Çalışmaları*, 2008, 28: 15-34.
- 150.Davis C, Williams P, Parle M, Redman S, Turner J. “Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia”, *Cancer Nursing*, 2004, 27(2): 169-174.
- 151.Drageset S, Lindstrom TC, Giske T, Underlid K. “Being in suspense: Women's experiences awaiting breast cancer surgery”, *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 67(9): 1941-1951.
- 152.Ganesh S, Lye MS, Lau FN. “Quality of Life among Breast Cancer Patients in Malaysia”, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2016, 17(4): 1677-1684
- 153.Emilee G, Ussher JM, Perz J. “Sexuality after breast cancer: a review”, *Maturitas*, 2010, 66(4): 397-407.

EKLER

EK.1. ANKET FORMU

Açıklama: Bu araştırma Meme Kanseri Nedeniyle Cerrahi Operasyon Geçiren Kadınlarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu ilişkisini ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu araştırma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Zühal SEL

1. Yaşınız:
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
 - a) İlköğretim
 - b) Lise
 - c) Üniversite ve üzeri
3. Şu an bir işte çalışma durumunuz nedir?
 - a) Çalışıyor
 - b) Çalışmıyor
4. Çocuğunuz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
5. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere denk
 - c) Gelir giderden fazla
6. Hastalığınızın ilk tanısı ne kadar süre önce kondu?
 - a) 1 yıldan az
 - b) 1-3yıl
 - c) 4-6 yıl
 - d) 7 yıl ve üzeri
7. Eşinizin yaşı nedir?.....
8. Eşinizin öğrenim durumu nedir?
 - a) İlköğretim
 - b) Lise
 - c) Üniversite ve üzeri
9. Evlenme şekliniz nedir?
 - a) Görücü usulü
 - b) Anlaşarak
10. Ne kadar süredir evlisiniz?
 - a) 1 yıldan az
 - b) 1-5 yıl
 - c) 6- 10 yıl
 - d) 11 yıl ve üzeri
11. Bu hastalık olmadan önce eşinizle evlilik ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?
 - a) İyi/ çok iyi
 - b) Ne iyi ne kötü
 - c) kötü/ çok kötü

12. Bu ameliyatın eşinizle olan evlilik ilişkinizi etkilediğini/ etkileyeceğini düşünüyor musunuz?
a) Etkiledi/ etkileyecek b) Etkilemedi/ etkilemeyecek c) Bilemiyorum
13. Bu hastalık olmadan önce eşinizle cinsel yaşamınızı nasıl tanımlarsınız?
a) İyi/ çok iyi b) Ne iyi ne kötü c) kötü/ çok kötü
14. Bu ameliyatın eşinizle olan cinsel yaşamınızı etkilediğini/ etkileyeceğini düşünüyor musunuz?
a) Etkiledi/ etkileyecek b) Etkilemedi/ etkilemeyecek c) Bilemiyorum
15. Ne kadar süre önce ameliyat oldunuz?
a) 1 aydan az b) 1-6 ay c) 7-12 ay d) 13 ay ve üzeri
16. Size yapılan ameliyat nedir?
a) Memenin tamamı alındı b) Meme koruyucu cerrahi yapıldı
17. Şu an da kemoterapi tedavisi görüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
18. Şu anda radyoterapi tedavisi görüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
19. Ameliyat sonrası dönemde psikolojik destek alıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
20. Psikolojik destek almaya ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır

EK.2. Beden İmajı Ölçeği – Vücut/Kişi İlişkisi Testi (BİÖ)

Her bir madde sizi ne kadar doğru tarif ediyor?

0	1	2	3	4
Kesinlikle	Çoğunlukla	Ne Katılıyorum	Çoğunlukla	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum

- ___1. Vücudumun cinsel bir cazibesi var.
- ___2. Görünüşümü olduğu gibi seviyorum.
- ___3. Çoğu insan benim güzel göründüğümü düşünür.
- ___4. Kıyafetsiz görünüşümü olduğu gibi seviyorum.
- ___5. Kıyafetlerimin üstümde durduğu şekilde durmasını seviyorum.
- ___6. Fizikimi beğenmiyorum/sevmiyorum.
- ___7. Fiziksel olarak çekici değilim.
- ___8. Dışarı çıkmadan, görünüşüme dikkat ederim.
- ___9. Beni olabileceğimin en iyisi gösteren kıyafetler almaya dikkat ederim.
- ___10. Bakabildiğim kadar aynada görünüşüme bakıp kontrol ederim.
- ___11. Dışarı çıkmadan, çoğunlukla hazırlanmaya çok zaman harcarım.
- ___12. Her zaman güzel görünmem çok önemlidir.
- ___13. Saçım olması gerektiği gibi değilse çekingen olurum.
- ___14. Saçımın taranma şekline, biçimine özellikle dikkat ederim.
- ___15. Her zaman fiziksel görünüşümü geliştirmeye çalışırım.
- ___16. Genellikle en kullanışlı olanı giyerim ve nasıl görüldüğüne dikkat etmem.
- ___17. İnsanların görünüşüm hakkında ne düşündüğünü umursamıyorum.
- ___18. Görünüşümü hiç düşünmem.
- ___19. Çok az saç bakım ürünü kullanırım.
- ___20. Fiziksel hünerleri çabuk öğrenirim.
- ___21. Çok koordinasyonluyum.
- ___22. Sağlığımı kontrol altında tutarım.
- ___23. Çok nadiren fiziksel hastalıklara yakalanırım.

- ___24. Günden güne vücudumun nasıl hissedeceğini hiçbir zaman bilemem.
- ___25. Fiziksel olarak sağlıklı birinsanım.
- ___26. Çoğu fiziksel-sağlık testini geçebilirim.
- ___27. Fiziksel dayanma gücüm çok iyidir.
- ___28. Sağlığım beklenmedik iniş-çıkışların olabileceği bir konudur.
- ___29. Fiziksel spor ve oyunlarda başarısızım.
- ___30. Hastalıklara karşı çoğunlukla savunmasız hissedirim.
- ___31. Fiziksel sağlığımı etkileyen şeyler hakkında çok fazla bilgiye sahibim.
- ___32. Kendime sağlıklı bir hayat tarzı benimsedim.
- ___33. Sağlıklı olmak hayatımdaki en önemli şeylerden biridir.
- ___34. Sağlığımı tehdit edebileceğini bildiğim hiçbir şeyi yapmam.
- ___35. Fiziksel gücümü yükseltmek için bazı şeyler yapıyorum.
- ___36. Sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.
- ___37. Fiziksel gücümü geliştirmek için çalışıyorum.
- ___38. Fiziksel olarak aktif olmaya çalışıyorum.
- ___39. Fiziksel uygunluk/sağlık hakkında çok bilgim var.
- ___40. Fiziksel olarak formda olmanın hayatımda büyük bir önceliği yok.
- ___41. Düzenli egzersiz programlarına girmem.
- ___42. Sağlığımı olduğu gibi kabul ederim.
- ___43. Dengeli ve besleyici bir diyetle sahip olmak için çaba sarfetmiyorum.
- ___44. Fiziksel aktivitelerdeki becerilerimi geliştirmek pek umurumda değil.

EK.3. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN

	Tamamen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Büyük Ölçüde Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
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 düşünmüyorum.						
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.4. İLİŞKİLERDE MUTLULUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda eşinizle olan ilişkinizle ilgili altı soru yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu okuduktan sonra 7-dereceli ölçek üzerinde cevap veriniz.

1.Eşinizi ne kadar seviyorsunuz?

Hiç sevmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 Çok Seviyorum

2. İlişkinizde ne kadar mutlusunuz?

Hiç mutlu değilim 1 2 3 4 5 6 7 Çok mutluyum

3. Genelde, ne sıklıkta eşinizle aranızdaki ilişkinin iyi gittiğini düşünürsünüz?

Hiç düşünmem 1 2 3 4 5 6 7 Çok düşünürüm

4. İlişkinizdeki sorunlar ne kadar ciddidir?

Çok ciddi 1 2 3 4 5 6 7 Hiç ciddi değil

5. Tüm yönleriyle düşündüğünüzde, ilişkinizden ne kadar doyum alıyorsunuz?

Hiç doyum almıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Çok doyum alıyorum

6. Genelde, ilişkinize ne kadar bağlısınız?

Hiç bağlı değilim 1 2 3 4 5 6 7 Çok bağlıyım

EK.5. ETİK KURUL İZNİ



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@koceali.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Mastektomi Olan Kadınlarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/154			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Kerime Derya BEYDAĞ			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Yüksek Lisans Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli ☒	Çok Merkezli ☐	Ulusal ☒	Uluslararası ☐

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	☐	☐	
	Başvuru Formu	☐	☐	
	Araştırmacının Türü	☒	☐	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	☐	☐	
	Kullanılacak Form Örnekleri	☐	☐	
	Aydınlatılmış Onam Formu	☐	☐	
	Araştırma Bütçesi	☐	☐	
	Literatür Örneği	☐	☐	
	Taahhütname	☐	☐	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	☐	☐	
	İzin Belgeleri	☐	☐	
	Başhekimlik Onayı	☐	☐	
	Özgeçmişler	☐	☐	
	Değişiklik Bilgi Formu	☐	☐	
	Proje Sonuç Formu	☐	☐	
	Diğer	☐	☐	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/7.14	Proje No: 2018/154	Tarih: 18.09/ 2018
	Dr. Öğr. Üyesi Kerime Derya BEYDAĞ sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
	☐ Uygun bulunmuştur. ☒ Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* uygun dur. 07.05.2018 SK ☐ Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Toplantıda Bulunma	İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	

* Gerekçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEEK01.2	2/2

Etik Kurul Başlık Değişikliği Onayı Yazısı

Serhat Kiroğlu <skiroglu@yandex.com>

Pzt 14.01.2019, 04:28

Kime: zuhalsel@hotmail.com <zuhalsel@hotmail.com>

GOKAEK-2018/19.25. 2018/154 proje numaralı "Mastektomi Olan Kadınlarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi" başlıklı olup (**GOKAEK-2018/7.14.**) karar numarasıyla onaylanan proje için protokolde herhangi bir değişiklik olmayıp çalışmayı daha iyi tanımladığı düşünüldüğünden başlığın "Meme Kanseri Nedeni ile Cerrahi Operasyon Geçiren Kadınlarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi" olarak değiştirilmesi önerisi değerlendirilmiş,

- Uygun bulunmuştur.

--

Saygılarımla,
Serhat Kiroğlu
0533 817 51 86

EK.6. UYGULAMA İZNİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
RADYASYON ve MEDİKAL ONKOLOJİSİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Yardımcı araştırmacısı olduğum "Meme Kanseri Nedeni İle Cerrahi Operasyon Geçiren Kadınlarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi" başlıklı araştırmamın kliniğinizde yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Zühal SEL

12.12.2018


Prof.Dr. Gökem AKSU
Başhekim Yardımcısı
Dip.No: 51762-92086

EK.7. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ZÜHAL	Soyadı	SEL
Doğum Yeri	YORGALAR	Doğum Tarihi	05.02.1982
Uyruğu	T.C	Telefon	
e-mail	zuhalsel@hotmail.com		

Eğitim Durumu

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Okan Üniversitesi	2019
Lisans	Ege Üniversitesi (Hemşirelik)	2006
Lise	Karabağlar Cumhuriyet Yabancı Dil Ağırlıklı (Süper) Lise	2001

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Yoğun Bakım Hemşiresi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi	2012 Mart - Halen
Hemşire	Özel Çiğli Kent Hastanesi	2006- 2011 Ağustos