



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERLİ KADINLARDA MASTEKTOMİNİN CİNSEL
YAŞAM KALİTESİ VE EŞ UYUMUNA ETKİSİ**

SİBEL TELLİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. AYSEL GÜRKAN

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Sibel TELLİ
Tez Başlığı : Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Cinsel Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi
Sınav Yeri : Başbüyük Kampüsü
Sınav Tarihi : 02/05/2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Aysel GÜRKAN

Kurumu

Marmara Üniversitesi SBF

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ

Sağlık Bilimleri Ün. SBF

Doç. Dr. Semra KARACA

Marmara Üniversitesi SBF

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 15 Mayıs 2019 tarih ve 49 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

02/04/2019

SİBEL TELLİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince bana rehberlik eden, ilgi, destek ve anlayışıyla her zaman yanımda olan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Aysel Gürkan'a, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Sayın Araş. Gör. Yeşim Dikmen'e,

Çalışma verilerini toplamamda bana yardımcı olan başta Fatma Hemşire olmak üzere Prof. Dr. Selin Kapan'a, Dr. Ayşegül Akdoğan Gemici'ye ve Ezgi Hanım'a,

Çalışmaya katılarak bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm kadınlara,

Her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

Sibel TELLİ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TABLOLARIN LİSTESİ	v
II. KISALTMALARIN LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1-Meme	7
4.1.1- Meme anatomisi	7
4.1.2- Meme fizyolojisi	9
4.2-Meme Kanseri	9
4.2.1- Meme kanserinin epidemiyolojisi	9
4.2.2- Meme kanserinin etyolojisi ve risk faktörleri	10
4.2.3- Meme kanserinin belirtileri	12
4.2.4- Meme kanserinde erken tanı ve tarama yöntemleri	13
4.2.4.1- Kendi kendine meme muayenesi	15
4.2.4.2- Klinik meme muayenesi	16
4.2.4.3- Radyolojik yöntemler	16
4.2.4.4- Biyopsi	17
4.2.5- Meme kanserinin evrelendirilmesi	18

4.2.6- Meme kanserinde prognostik faktörler.....	19
4.3- Meme Kanserinde Tedavi Seçenekleri.....	20
4.3.1- Lokal tedavi yöntemleri.....	20
4.3.1.1- Cerrahi tedavi.....	20
4.3.1.2- Radyoterapi.....	23
4.3.2- Sistemik tedavi yöntemleri.....	23
4.3.2.1- Kemoterapi.....	23
4.3.2.2- Hormon tedavisi.....	24
4.3.2.3- Biyolojik tedavi.....	25
4.4- Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar.....	26
4.4.1- Meme kanseri tanısı alan kadınların yaşadıkları psikolojik dönemler.....	26
4.5- Meme Kanseri ve Cinsellik.....	28
4.6- Meme Kanseri ve Eş Uyumu.....	31
4.7- Çalışmanın Hemşirelik Açısından Önemi.....	32
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	34
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	34
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
5.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Formları.....	37
5.5. Veri Toplama Yöntemi.....	39
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
5.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	40

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
6. BULGULAR.....	41
7. TARTIŞMA.....	56
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	61
9. KAYNAKLAR.....	62
10. EKLER.....	76
EK 1. MASTEKTOMİLİ KADIN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU.....	77
EK 2. KONTROL GRUBU KADIN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU.....	78
EK 3. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN (CYKÖ-K).....	79
EK 4. ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ (ÇUÖ).....	80
EK 5. ETİK KURUL İZİNİ.....	81
EK6. KURUM İZİNİ.....	82
EK 7. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN (CYKÖ-K) KULLANIM İZİNİ.....	83
EK 8. ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ (ÇUÖ) KULLANIM İZİNİ.....	84
EK 9. MASTEKTOMİLİ KADINLAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	85
EK 10. KONTROL GRUBU KADINLAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	87
11. ÖZGEÇMİŞ.....	89

I. TABLOLARIN LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.2.5.1. TNM Sınıflandırmasına Göre Meme Kanseri.....	18
Tablo 4.2.5.2. TNM Sınıflandırmasına Göre Meme Kanserinde Evreleme.....	19
Tablo 6.1. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	41
Tablo 6.2. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların Eş ve Evlilik Özellikleri.....	42
Tablo 6.3. Mastektomili Kadınların Hastalık Özellikleri.....	43
Tablo 6.4. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 6.5. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınlarda CYKÖ ve ÇUÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	45
Tablo 6.6. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Yaş, Eğitim Düzeyi ve Çocuk Sayısı Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 6.7. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Eşin Yaşı, Eşin Eğitim Düzeyi ve Evlilik Yılı Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 6.8. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Çalışma Durumunun Karşılaştırılması.....	48

Tablo 6.9. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Meslek Durumunun Karşılaştırılması.....	49
Tablo 6.10. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Gelir Düzeyinin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 6.11. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Eş Mesleğinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 6.12. Mastektomili Kadınlarda Kanser Tanısı ve Ameliyattan Geçen Süre ile CYKÖ ve ÇUÖ Puan Ortalamaları ile Arasındaki İlişki.....	52
Tablo 6.13. Mastektomili Kadınlarda Cerrahi Girişim Dışında Tedavi Uygulanma Durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 6.14. Mastektomili Kadınlarda Kemoterapi Uygulanma Durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 6.15. Mastektomili Kadınlarda Radyoterapi Uygulanma Durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 6.16. Mastektomili Kadınlarda Hormon Tedavisi Uygulanma Durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	55

II. KISALTMALARIN LİSTESİ

α : Alfa Katsayısı

CYKÖ-K: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın

ÇUÖ: Çiftler Uyum Ölçeği

FSH: Follikül Stimüle Hormon

GnRH: Hipotalamik Gonadotropin-Releasing-Hormonlar

HER-2: İnsan Epidermal Büyüme Faktör Reseptörü

IARC: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

LH: Luteinizan Hormon

MG: Mamografi

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

MRG: Magnetik Rezonans Görüntüleme

p: Alfa Anlamlılık Seviyesi

r: İç Tutarlılık

SS: Standart Sapma

USG: Ultrasonografi

MEME KANSERLİ KADINLARDA MASTEKTOMİNİN CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE EŞ UYUMUNA ETKİSİ

Öğrencinin Adı: SİBEL TELLİ

Danışmanı: Doç. Dr. AYSEL GÜRKAN

Anabilim Dalı: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1.ÖZET

Amaç: Meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisini araştırmak.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, mastektomili kadınlar ile bu gruba benzer özellikler gösteren ve meme kanseri olmayan kontrol grubunun karşılaştırılmasıyla analitik ve geriye yönelik olarak yapıldı. Araştırmaya bir eğitim hastanesinin meme polikliniğinde takip edilen en az 1, en fazla 5 yıl önce mastektomi ameliyatı olan 88 kadın (mastektomi grubu) ile eşleşen kriterler olarak benzer yaş ve eğitim düzeyine sahip meme kanseri tanısı olmayan 88 kadın (kontrol grubu) dahil edildi. Veriler, mastektomi ve kontrol grubu kadınlar için “Bireysel Özellikler Formu”, “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın” ve “Çiftler Uyum Ölçeği” ile toplandı.

Bulgular: Her iki grupta cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumu pozitif yönde ilişkiliydi. Kontrol grubuna göre mastektomili grubun cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumu anlamlı olarak daha düşüktü. Mastektomili kadınların eğitim düzeyi cinsel yaşam kalitesiyle, gelir durumu hem cinsel yaşam kalitesi hem de eş uyumu ile ilişkiliydi.

Sonuçlar: Cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumu birbirleriyle pozitif yönde ilişkilidir. Meme kanseri tanısı bulunmayan kadınlara göre mastektomili kadınların cinsel yaşam kalitesi ve çift uyumu düşüktür. Mastektomili kadınların bireysel özellikleri göz önüne alınarak, gereksinim ve beklentilerine uygun kalitede bireyselleştirilmiş bakım sunulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Meme kanseri; mastektomi; cinsel yaşam kalitesi; eş uyumu.

THE EFFECT OF MASTECTOMY ON SEXUAL QUALITY OF LIFE AND DYADIC ADJUSTMENT IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Student's Name: SİBEL TELLİ

Consultant: Doç. Dr. AYSEL GÜRKAN

Department: Department of Surgical Diseases Nursing

2. SUMMARY

Aim: To investigate the effect of mastectomy on sexual quality of life and dyadic adjustment in women with breast cancer.

Materials and Methods: The study was carried out in an analytical and retrospective way by comparing women with mastectomy and the control group who had similarities to this group and did not have breast cancer. The study included 88 women (mastectomy group) who underwent mastectomy surgery at least 1 year and at most 5 years ago and 88 women (control group) who did not receive a diagnosis of breast cancer with matching ages and levels of education. The data were collected using the "Individual Characteristics Form", the "Sexual Quality of Life-Female", and the "Dyadic Adjustment Scale" for women in the mastectomy and control groups.

Results: In both groups sexual quality of life and dyadic adjustment were positively correlated. Sexual quality of life and dyadic adjustment of women with mastectomy were significantly lower compared to the control group. Level of education was associated with sexual quality of life and income status was associated with both sexual quality of life and dyadic adjustment in women with mastectomy.

Conclusion: Sexual quality of life and dyadic adjustment are positive correlated. Sexual quality of life and dyadic adjustment of women with mastectomy are low than women without a diagnosis of breast cancer. Taking into the individual characteristics of women with mastectomy, they should be provided with personalized care suitable for their requirements and expectations.

Keywords: Breast cancer; mastectomy; sexual quality of life; dyadic adjustment.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri; kadının sağlığına yönelik tehdit oluşturan, vücutta ağrılı değişikliklere neden olan, dişiliğini ve cinselliğini ifade eden organa yönelik travma yaratan hastalıklardan biridir (Vahabi, 2003; Okanlı ve Ekinci, 2008; Uçar, 2008).

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 verilerine göre meme kanseri, ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, diğer kanser türleriyle karşılaştırıldığında görülme oranı %24.2'dir. Bu da bize göstermektedir ki; her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir (Türkiye Kanser İstatistikleri <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 6 Temmuz 2015). Ülkemizde meme kanserinin yaşa göre dağılımına bakıldığında ise olguların %42'sinin 15-49 yaşları arasında olduğu görülür (Türkiye Kanser İstatistikleri <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 6 Temmuz 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayımlanan GLOBOCAN verilerine bakıldığında; 2012 yılında dünyada kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırayı meme kanserinin aldığı ve meme kanseri insidansının %25.1 olduğu görülür. Meme kanseri insidansının bir önceki verilere göre %20, meme kanserine bağlı ölüm oranlarının ise %14 arttığı bildirilmektedir (GLOBOCAN 2012, Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx, Erişim tarihi: 14 Kasım 2017; Yeni Dünya Kanser İstatistikleri <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri> yay%C4%B1nland%C4%B1.html, Erişim tarihi: 14 Kasım 2017).

Ülkelerin gelir düzeyine göre meme kanseri dağılımına bakıldığında; gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre insidansın daha düşük, fakat ölüm oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise az gelişmiş ülkelerde kadınların meme kanserine yönelik tanı, tarama ve tedavi hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına bağlanmaktadır (Yeni Dünya Kanser İstatistikleri <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya->

[kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html](#), Erişim tarihi: 14 Kasım 2017).

Kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri, kadınların yaşam kalitesini ve yaşam süresini etkiler. Uzak metastazı olmayan ve lokalize kalan meme kanserli olgularda cerrahi girişim en çok tercih edilen tedavi yöntemidir (Akyolcu, 2008). Kanserde cerrahi girişim sonrası yaşanan organ kaybı ve fiziksel görünümdeki değişiklik hastalarda olumsuz sonuçlar doğurur (Gümüş, 2006; Enache, 2012). Meme kanseri sonucu uygulanan mastektomi yöntemi de bireylerin beden algılarının zedelenmesine neden olup, bu zedelenme çeşitli psikolojik sorunlar yaratarak yakın ilişkilerin bozulmasına ve evliliklerde sorunların yaşanmasına neden olabilir (Fobair ve ark., 2006; Gümüş, 2006; Okanlı ve Ekinçi, 2008; Reich ve ark., 2008; Uçar, 2008). Karakaya (2014) yaptığı çalışmada meme kanserli hastaların %90'ında azalmış benlik saygısı saptamış, bu durumu da hastaların total mastektomi sonucu kadınlık ve cinsellik simgesi olarak algılanan bir organının kaybına bağlı beden algısında bozulma ile ilişkilendirmiştir. Koçan (2014) da çalışmasında kadınların memeyi; kadınlığın, güzelliğin, anneliğin ve emzirmenin simgesi olarak algıladıklarını belirlemiştir. Aynı çalışmada kadınların çoğunluğunun mastektomi nedeniyle görünümlelerinden memnun olmadıklarını, görünümlelerini çirkin, eksik, yarım, hasta olarak değerlendirdiklerini saptamış, görünümlelerinden hoşnut olmayan ve beden imajında olumsuz değişim yaşayan kadınların giyim tarzında değişikliğe başvurduğunu belirlemiştir.

Meme kanseri sonrası mastektominin sık uygulanıyor olması diğer kanser türlerine göre daha fazla cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açabilir. Meme kanserli hastalarda meme dokusunda oluşan kayıp, ağrı, beden algısı ve sağlık durumunu algılamada meydana gelen değişikliklere bağlı cinsel istekte azalma gelişebilir. Diğer yandan meme kanseri tedavisinde uygulanan radyoterapi, kemoterapi ve hormon tedavisi de hastanın fiziksel sağlığını ve dolaylı olarak da cinsel yaşamını etkileyebilir (Çavdar, 2006; Vural, 2011). Aygin ve Aslan (2008) meme kanseri nedeniyle mastektomi uygulanmış ve cerrahi tedaviye ek olarak

kemoterapi, radyoterapi veya hormon tedavisi uygulanmış 190 kadında cinsel işlev bozukluklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, cerrahi öncesi cinsel sorunu olmadığını ifade edenlerin %32.2'sinin hastalık ve tedavilerin cinsel yaşamlarını olumsuz olarak etkilediğini, bunların da %46.4'ünün özellikle kemoterapinin cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini ifade ettiklerini bildirmiştir. Benzer şekilde Acar (2009) meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla hasta ve kontrol gruplarını karşılaştırdığı çalışmada, meme kanserinin kadın cinsel fonksiyonlarını önemli derecede etkilediğini, meme kanseri olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt boyut puanlarının sağlıklı kadınlara göre düşük olduğunu tespit etmiştir. Broeckel ve arkadaşları (2002) mastektomi uygulanıp kemoterapi alan 58 hasta ve 61 sağlıklı kadınla yaptıkları çalışmada, kemoterapi alan hastaların %22'sinde cinsel doyumsuzluk, %35'inde cinsel ilgisizlik ve %28'inde cinsel işlev bozukluğu sorunu olduğunu belirlemiştir.

Meme cerrahisi sonrası kadının fiziksel görünümünün değişmesi sonucu oluşabilen beden algısının bozulması durumu benlik saygısına tehdit olarak algılanabilir. Oluşan bu tehdit sıklıkla cinsel sorunlarla birlikte eş uyumu üzerinde de çeşitli sorunlara neden olabilir (Shands ve ark., 2006; Uçar, 2008; Çalışkan, 2009; Rowland ve ark., 2009). Bununla birlikte hastalık nedeniyle ilişkilerin kesintiye uğraması, iş ya da evdeki rol kayıpları ve bağımlı hale gelme veya hastalık sürecinde yaşanan ağrı, acı ve yaşam ile ilgili korkular da yakın ilişki ve evliliklerde bozulmalara yol açabilir (Fobair ve ark., 2006; Okanlı ve Ekinci, 2008; Öncü, 2008). Konu ile ilgili olarak Sertöz ve arkadaşları (2004) mastektominin beden algısını bozduğunu, bu durumun cinsel işlevde bozukluklara neden olduğunu, bozulan cinsel işlevin de eş uyumunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Fobair ve arkadaşları (2006) 553 meme kanserli hasta ile yürüttükleri çalışmada, 40 yaşın altındaki genç meme kanserli kadınlarda daha fazla beden algısı sorunları ortaya çıktığını ve meme kanseri tanısı konulduktan sonra zamanla eş uyumsuzluğunun arttığını belirlemiştir. Benzer şekilde, Al-Ghazal ve arkadaşları (2000) meme kanserli kadınlarda yürüttüğü

çalışmada mastektominin beden algısını, benlik saygısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır.

Meme kanseri tedavilerinin (cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi) kadının beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlevini değiştirmede büyük bir etkiye sahip olduğunu, meme kanseri tedavilerine bağlı değişen beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğunun eş uyumunu etkilediği bilinmektedir. Ancak meme kanserli kadının cinsel yaşam kalitesinin nasıl olduğu ve cinsel yaşam kalitesi ile eş uyumu arasındaki ilişki bilinmemektedir. Ayrıca ulusal literatürde genelde mastektomili bireylerde beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu (Öncü, 2008; Uçar, 2008; Çalışkan, 2009), cinsel sorunlara yönelik olarak da genel yaşam kalitesi (Akça, 2011) ve cinsel fonksiyona (Aygın, 2005; Acar, 2009; Öztürk, 2013) odaklanan çalışmalar bulunmakla birlikte mastektominin cinsel sorunlar ve eş uyumuna etkisine odaklanan sınırlı çalışma bulunmaktadır (Sertöz ve ark., 2004). Bu bağlamda çalışmanın amacı, meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisini incelemektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Meme

4.1.1. Meme anatomisi

Meme toraks üzerinde vertikal 2. ile 6. kostalar arasında, medialde sternum, lateralde ön aksiler çizgi arasında aksillaya doğru uzanan bir bezdir. Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör kası üzerinde, üçte birlik bölümü ise serratus anterior kası üzerinde bulunur (Çalışkan, 2009; Fadiloğlu ve Yeşilbalkan, 2011).

Memeler bağ dokusu ya da fasya ile kaslara bağlanır. Memenin glandüler yapısı koltuk altına doğru kuyruk şeklinde uzanır. Memeler, erişkin sağlıklı bir kadında simetriktir. Ancak büyüklük ve şekli eşit olmayabilir. Memenin büyüklük ve şekli, kişiden kişiye değişebildiği gibi aynı kişide yaş ilerledikçe de değişiklik gösterebilir (Çalışkan, 2009; Meral, 2009; Fadiloğlu ve Yeşilbalkan, 2011).

Memelerin şekli ve ölçüsü; kadının yaşı, beslenme durumu, genetik yapısı, menstruasyon durumu, gebelik ve laktasyona bağlı olarak değişiklik gösterir. Memeler, normalde 150-225 gr ağırlığındadır, fakat laktasyon döneminde bu ağırlık 500 gr'ı geçebilir (Aslan, 2014; Doğan, 2015).

Meme lobüller ve duktuslar olmak üzere iki bölümden oluşur. Lobüller ve duktuslar arası boşluğu destek ve yağ dokusu doldurur. Memede süt salgılayan bölüm olan lobüller; duktuslar ile memenin tam ortasında bulunan koyu renkli bölgeden meme başına açılır. Memenin ortasındaki bu koyu renkli bölgeye ise areola adı verilir. Memede lobüllerin birleşmesi sonucu loblar oluşur. Meme başı çevresi areola denilen sirkuler pigment alandan oluşur. Areola epitelinde küçük tüyler, aksesuar meme bezleri, yağ ve ter bezleri bulunur. Meme dokusu, aksiller bölgeyi de kapsayan üst dış kadranda geniş ölçüde bulunduğundan dolayı bu bölgede kanser oluşumları daha fazla görülür (Canbulat, 2006; Doğan, 2015).

Memenin beslenmesinde rol oynayan üç ana arter vardır (Öncü, 2008).

1. İnternal torasik (internal mammary) arterin perforan dalları
2. Posterior interkostal arterlerin lateral dalları
3. Aksiler arterin dalları

Memenin ve torasik duvarın venöz dönüşünden sorumlu üç ana ven grubu vardır (Öncü, 2008) .

1. İnternal torasik venanın perforan dalları
2. Aksiller venaya dökülen dallar
3. Posterior interkostal venaların perforan dalları (Bunlar arkada vertebral ven pleksusuna, santralde ise azygos venine açılırlar)

Meme kanserinin yayılımı lenf ve kan yoluyla olur. Memenin lenfatik drenaj sisteminin izlediği primer yol aksiler lenf ganglionlarından geçer. Aksiler lenf ganglionları 6 grupta incelenir (Öncü, 2008).

1. Aksiler ven grubu (lateral grup)
2. Eksternal mamary grup (anterior ya da pektoral grup)
3. Skapular grup (posterior yada skapular grup)
4. Santral grup
5. Subklavikular grup
6. İnterpektoral grup

4.1.2. Meme fizyolojisi

Kadının yaşamı boyunca meydana gelen menstruel siklus, gebelik, laktasyon gibi hormonal düzeydeki değişiklikler, memenin fiziksel ve anatomik yapısını etkileyerek mikroskopik yapısında değişikliklere neden olur (Özberksoy, 2006).

Memenin fonksiyonu ve gelişmesi birçok hormonun etkisi altındadır. Bu hormonların en önemlileri östrojen, progesteron, oksitosin, prolaktin, tiroid hormonları, büyüme hormonu ve kortizoldür. Bu hormonların salınımı hipotalamus, hipofiz bezi ve overlerin nörohumoral aktivasyonu ile kontrol edilir (Çalıkapan, 2004; Çalışkan, 2009).

Östrojen hormonu, erken puberte döneminde salgılanmaya başlar. Hipotalamustan salgılanan hipotalamik gonadotropin-releasing-hormonlar (GnRH), hipotalamus ile hipofiz bezi arasındaki portal venöz sistem aracılığı ile hipofize gelir. Hipofizin ön lobundan follikül stimüle hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) salgılanır. Bunlardan FSH, yeni oluşmaya başlayan over foliküllerinin, graaf folikülü içinde olgunlaşmasını sağlar. Olgunlaşan over foliküllerinden östrojenler yapıp salgılanır. Olgun foliküllerin gelişip ovulasyonun başlamasıyla, progesteron salgılanmaya başlar. Östrojen ve progesteron, memenin duktal, alveoler ve lobuler yapılarının gelişmesini sağlar (Özberksoy, 2006; Çalışkan, 2009).

4.2. Meme Kanseri

Meme kanseri, memedeki lobülleri ve duktusları oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalmaları sonucu oluşan, çevre dokulara ve organlara yayılan bir hastalıktır (Karayurt, 2011; Koçan, 2014).

4.2.1. Meme kanserinin epidemiyolojisi

Dünya’da kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırayı meme kanseri alır. Kansere bağlı ölüm oranlarına bakıldığında ise meme kanseri akciğer kanserinden

sonra ikinci sıradadır (Şen ve Başar, 2012; Öztürk, 2013). ABD' in 2009 yılı verilerine göre, 192.370 yeni meme kanserli hastanın olduğu görülür. Yine ABD'de de kadınlarda %27 oranıyla en sık görülen kanser türünün meme kanseri olduğu, kansere bağlı ölümlerin de %15 (40.170) oranla ikinci sırada sorumlusu olduğu bildirilir (Açıl, 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 verilerine göre meme kanseri, ülkemizde kadınlarda en çok görülen kanser türü olup, diğer kanser türleriyle karşılaştırıldığında görülme oranı %24.2 olarak belirlenmiştir. Bu da bize göstermektedir ki; her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir (Türkiye Kanser İstatistikleri <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 6 Temmuz 2015). Ülkemizde meme kanserinin yaşa göre dağılımına bakıldığında ise olguların %42'sinin 15-49 yaşları arasında olduğu görülür (Türkiye Kanser İstatistikleri <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 6 Temmuz 2015).

Daha az gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınlardaki meme kanseri insidansının, gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınlara göre daha düşük olduğu görülür. Fakat Japonya'da durum öyle değildir. Çin ve Japonya'nın yoksul bölgelerinde meme kanseri insidansında artış görülmektedir. Ayrıca 1970'ten bu yana Çin, Japonya ve Singapur'da ekonomi alanında batı tarzı gelişim ve doğurganlığın batıya benzemesi gibi nedenlerle meme kanseri görülme oranında artış izlenmektedir (Öztürk, 2013).

4.2.2. Meme kanserinin etyolojisi ve risk faktörleri

Meme kanserinin kesin nedeni diğer birçok kanser türünde olduğu gibi bilinmemektedir (Öncü, 2008; Çalışkan, 2009; Açıl, 2013; Öztürk, 2013). Meme kanseri için çok sayıda risk faktörü belirlenmiş olup bunların en önemlilerinin kadın olmak ve ileri yaşta olmak olduğu belirtilmiştir (Açıl, 2013). Diğer risk faktörleri arasında ise genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik, psikolojik ve biyolojik etkenler sıralanmıştır (Göktaş, 2008; Öncü, 2008; Çalışkan, 2009; Akça, 2011;

Öztürk, 2013). Ancak meme kanserli kadınların %70-80'inin bu etkenlere sahip olmadığı görülmüştür (Öncü, 2008; Çalışkan, 2009; Öztürk, 2013).

Meme kanseri için risk faktörleri şunlardır; (Öncü, 2008; Uçar, 2008; Açıl, 2013; Öztürk, 2013; Doğan, 2015).

Demografik Özellikler

- Cinsiyet: En önemli risk faktörü olmakla birlikte riski yüz kat artırır.
- Yaş: İleri yaş önemli bir risk faktörüdür.
- Irk: Beyaz ırkta daha fazla görülen meme kanseri zenci ırkta daha mortal seyredir.
- Etnisite: Yaşam tarzı ve sosyoekonomik düzey.

Reproduktif Öykü: Östrojen maruziyet süresi meme kanseri riskinde artışla doğru orantılıdır.

- Menarş yaşı: 12 yaş öncesi artmış risk
- Geç menapoz: 55 yaş sonrası artmış risk
- Geç ilk doğum: Artmış risk
- Nulliparite: Artmış risk
- Laktasyon: Azalmış risk

Ailesel ve genetik faktörler

- Etkilenen hastanın birinci ve ikinci derece yakınlarında artmış risk söz konusudur.
- BRCA-1/2 gen mutasyonları
- P53 geni
- PTEN geni

Çevresel faktörler

- Yüksek sosyoekonomik düzey: Artmış risk

- Radyasyona maruz kalma: Özellikle memenin aktif gelişim döneminde radyasyona maruz kalma artan riski ifade eder.
- Hormon replasman tedavisi: Artmış risk
- Alkol kullanımı: Miktar ve süresi arttıkça artan risk
- Egzersiz: Fiziksel aktivite azalmış risk
- Beslenme: Uzun süreli yağdan zengin beslenme artmış risk

Diğer faktörler

- Vücut kitle indeksi: Yüksek olması postmenapozal meme kanseri riskinde artış
- Atipi içeren ve içermeyen proliferatif meme lezyonları: Birden fazla nonproliferatif meme lezyonunda, sitolojik atipi içeren proliferatif meme lezyonlarında ve atipi içermeyen proliferatif lezyonlarda değişken derecede risk artışı söz konusudur.
- Kişisel meme kanseri öyküsü: İnvazif ya da in-situ kanser varlığında karşı memede artmış risk söz konusudur.
- Yoğun meme yapısı: Hem meme değerlendirilmesinde güçlük hem de artmış meme kanser riski ile ilişkilidir.
- Non-steroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı: Meme kanser riskinde azalma.

4.2.3. Meme kanserinin belirtileri

Kitle: Ele gelen kitle ağrısız ve hareketsizdir. Genelde tek taraflıdır. Sınırları tam olarak belirlenemeyecek şekilde şekilsizdir.

Ağrı: Memede ağrı genellikle geç dönemde görülür. Başlangıçta görülme oranı çok azdır.

Meme başı akıntısı: Çok sık görülmez. Görüldüğü durumlarda ise akıntı tek taraflı olur ve çoğunlukla kanlı akıntıdır.

Forgue belirtisi: Memenin üst kadran kanserlerinde görülen memenin yukarıda, dolgun ve dik durması durumudur.

Meme derisinde ödem: Kanser hücreleri, Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfleri tıkayarak lenf dolaşımını bozar ve deride ödeme neden olur.

Meme derisinde eritem ve ülserasyon: Kanser ileri dönemlerinde kanser hücrelerinin meme derisine infiltre olması ile oluşur.

Meme başında çökme veya retraksiyon: Kanserli dokunun büyüyerek meme başına ulaşması sonucunda görülür.

Üst kolda anormal şişlik: Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur. Bozulan lenf dolaşımı ödeme neden olur.

Lenf nodüllerinde büyüme: Kanser lenf nodüllerine yayılmasına bağlı oluşur (Canbulat, 2006; Uçar, 2008; Acar, 2009; Uzun, 2009).

4.2.4. Meme kanserinde erken tanı ve tarama yöntemleri

Meme kanserinin erken tanısında amaç, memedeki kitlenin en erken zamanda tespit edilmesidir. Bu amaçlı en çok kullanılan yöntemler, Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi KMM) ve Mamografidir (İbrahim ve Odusanya, 2009; Gençtürk, 2013).

Meme kanseri tarama programları ülkelere göre farklılık gösterir. Avrupa'daki birçok ülkede meme kanserinin 50 yaş altındaki kadınlarda daha az görülmesi ve yine aynı yaş grubunda sonuçların yanlış pozitif verme oranının yüksek olması gerekçesi ile mamografi tarama yaşı 50 yaş ve üzeri olarak belirlenmiştir. Amerika'da ise 50 yaş altında meme kanserine bağlı ölümlerin olması ve aynı yaş grubunda kanserin prelinik sürecinin kısa olması gerekçesi ile taramaya 40 yaşında

başlanması kararı alınmıştır (Meme Kanseri ve Mamografi <http://kanser.gov.tr/Dosya/BilgiDokumanlari/raporlar/mamografi.pdf>, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2017).

Amerikan Kanser Enstitüsü ve Amerikan Kanser Derneği hiçbir belirti olmasa da 40 yaşından büyük kadınlarda meme kanseri tarama yöntemi olarak mamografiyi önerir. Bunun yanında kadınların, 20 yaşından itibaren her ay düzenli KKMM yapmasını, 20-40 yaş arasında üç yılda bir, 40 yaşından itibaren yılda bir kez olmak üzere eğitilmiş sağlık çalışanı tarafından klinik meme muayenesi yaptırmasını ve 40 yaşından sonra her yıl mamografi çekirtmesini önerir (Açıkgöz ve ark., 2015; Aker ve ark., 2015).

Türkiye’de ise meme kanseri görülme yaşı, %40’ı 50 yaş altında olmak üzere birçok batı ülkesine göre daha gençtir ve kanser ileri evredeyken tespit edilir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de kadınların 40 yaşından başlayarak iki yılda bir mamografi çekirtmesi gerektiğini belirtir. Mamografi dışında KKMM’nin kadınlarda meme kanserine yönelik farkındalığın arttırılmasında önemli olduğunu bildirir. Klinik meme muayenesinin ise 40 yaşın altındaki kadınlarda tek başına, 40 yaş üzerinde ise mamografiye ek olarak uygulanmasının meme kanserinin erken tanısına katkı sağlayacağını belirtir (Aker ve ark., 2015; Meme Kanseri ve Mamografi <http://kanser.gov.tr/Dosya/BilgiDokumanlari/raporlar/mamografi.pdf>, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2017).

Ulusal kanser tarama programı önerilerine göre ülkemizde uygulanan meme kanseri tarama protokolü;

- 20-40 yaş arası kadınlarda ayda bir kendi kendine meme muayenesi, iki yılda bir klinik meme muayenesi,
- 40-69 yaş arası kadınlarda ise ayda bir kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik meme muayenesi, iki yılda bir mamografi çekilmesi şeklindedir (Meme Kanseri <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>, Erişim tarihi:10 Mayıs 2017).

4.2.4.1. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesinde amaç; biyolojik olarak başlayan meme kanserinin klinik olarak bulgu vermeden önce tanınmasıdır (Akça, 2011).

KKMM'nin kanser mortalitesini azaltmada etkisi tartışma konusu olsa da kadınların kendi memelerine yönelik farkındalık kazanması açısından önerilen bir yöntemdir. Yapılan çalışmalara göre memedeki kitlelerin yaklaşık %80'i kadınların kendileri tarafından tespit edilmiştir. Bu nedenle kadınların memelerini tanımaları ve olası değişiklikleri geç olmadan tespit etmeleri açısından KKMM'yi düzenli olarak yapması önemlidir (Akyolcu ve Uğraş, 2011; Açıkgoz ve ark., 2015).

KKMM, 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak yapılmalıdır. Menstruasyon kanamasının başlaması ile kandaki östrojen ve progesteron hormonları azaldığından dolayı memeler hassas ve gergin olmaz, memeyi incelemek daha kolay olur. Bu nedenle muayene için en uygun zaman menstruasyonun başlangıcını 1. gün sayıp sonraki 7-10. gün arasındadır. Menopoz sonrası dönemde ve menstruasyonu düzenli olmayan kadınlarda ise KKMM' nin her ayın aynı günü yapılması gerekir. Emziren kadınlarda emzirmeyi takiben süt boşaldıktan sonra, doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda ise her ilaç kutusuna başlamadan önceki gün muayene için en uygun gündür (Parlar ve ark., 2005; Uçar, 2008; Kabataş ve ark., 2010; Kendi Kendine Meme Muayenesi <http://kanser.gov.tr/Dosya/afis/KKMM-02.jpg>, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2017).

KKMM' nin başarılı olması için muayenenin periyodik aralıklarla, düzenli ve sürekli yapılması, muayene tekniğinin iyi bilinmesi, kişilerin meme muayenesine istekli olması, her ay düzenli olarak yapması ve kendilerini pratik yapmada sorumlu hissetmesi gerekir (Koçaşlı, 2006; Öztürk, 2013).

4.2.4.2. Klinik meme muayenesi (KMM)

Klinik meme muayenesi meme kanserinde erken tanının önemli parçalarından biridir. Özellikle kendi kendine meme muayenesi yöntemine çeşitli nedenlerle uyum sağlayamayan kadınların taranmasında daha da önem kazanır (Uçar, 2008).

Ulusal kanser tarama programı önerilerine göre klinik muayenenin 20-40 yaş arası kadınlarda iki yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl yapılması uygundur (Meme Kanseri <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2017). Klinik meme muayenesinin önerilen sıklıkta ve eğitimli sağlık çalışanı tarafından yapılması gereklidir (Gölbaşı ve ark., 2010; İlhan ve ark., 2014).

4.2.4.3. Radyolojik yöntemler

Mamografi (MG); Düşük dozda x ışınları ile meme dokusunun görüntülenmesi esasına dayanır. Etkin bir tarama aracı olmasının yanı sıra tanısal amaçlı da kullanılır. Mamografi klinik olarak varlığından şüphe edilen fakat palpe edilemeyecek kadar küçük olan kitlelerin ortaya çıkarılmasında kullanılır. Memedeki kitle palpe edilebilir duruma gelmeden iki yıl öncesinde mamografi ile tespit edilebilir (Vahabi, 2003; Özberksoy, 2006; Uçar, 2008; Çalışkan, 2009).

Ancak mamografi yaklaşık 10 malignite durumunun birinde başarısızdır. Mamografinin duyarlılığı, yaş ve meme tipine göre değişim gösterebilir. 30 yaş ve altındaki kadınlarda, memedeki yağ dokusunun az olması ya da memenin yoğun meme dokusuna sahip olması gibi nedenlerle kullanımı sınırlıdır (Uçar, 2008).

Ulusal Türk Kılavuzu, mamografi taramasına 40 yaşında başlanmasını ve 69 yaşına kadar her iki yılda bir tekrarlanmasını önerir (Meme Kanseri <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2017, Türkiye Kanser Kontrol Programı

http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_2016.pdf ,

Erişim tarihi: 19 Nisan 2017).

Ultrasonografi (USG); Ses dalgalarından yararlanılarak, memenin görüntüsünün alınmasıdır. USG, mamografide saptanan lezyonların solid-kistik ayrımının yapılmasını sağlar. Elle saptanabilen kitlesi olmayan ve 35 yaş altındaki hiç doğum yapmamış ya da az doğum yapmış kadınlarda ilk başvuru olan görüntüleme yöntemidir. Ayrıca mamografi sırasındaki kompresyona bağlı oluşan ağrı sorununun olmaması ve radyasyon içermemesi nedeniyle gebelik ve laktasyon döneminde temel görüntüleme yöntemi olarak kullanılır (Özberksoy, 2006; Çalışkan, 2009; Açıl, 2013; Öztürk, 2013).

Magnetik rezonans görüntüleme (MRG); Memenin manyetik rezonansı son yıllarda giderek artan sıklıkta kullanılan diğer bir yöntemdir. Ultrasonografi ve mamografi ile kesin değerlendirme yapılamayan hastalarda yapılabilir. Ameliyatsız memelerde, cerrahi iz ile malign kitlelerin ayırt edilmesinde veya radyasyon tedavisi sonrası ele gelen kitlelerin incelenmesinde, koltuk altında kitlesi olan ve memede mamografi ve ultrason ile lezyon bulunamayan hastalarda gizli meme kanserini araştırmak amacıyla tercih edilir (Koçaşlı, 2006; Çalışkan, 2009).

Mamografi, ultrasonografi ve magnetik rezonans görüntüleme yöntemleri dışında kserografi ve termografi gibi radyolojik yöntemlerden de meme kanseri tanılmasında yararlanılır (Koçaşlı, 2006).

4.2.4.4. Biyopsi

Memede tespit edilen lezyonların ve meme kanserinin kesin tanısını koyma aşamasında biyopsi yöntemine başvurulur (Çalışkan, 2009). Meme kanserinde kullanılan biyopsi çeşitleri şunlardır;

Aspirasyon biyopsisi: İnce iğne aspirasyon biyopsisi ile hücreler alınarak sitolojik tanı konulması yöntemidir (Özberksoy, 2006; Çalışkan, 2009).

Kor (Core) iğne biyopsisi: Küçük doku örneği alınarak inceleme yapılmasıdır (Özberksoy, 2006; Çalışkan, 2009).

Açık biyopsi: İnce iğne aspirasyon biyopsisi ya da kalın iğne biyopsisinin yapılamadığı durumlarda şüpheli bölgenin, küçük bir cerrahi işlemle bir kısmının ya da tamamının çıkarılıp incelenmesi esasına dayanır. Kesin tanı olanağı sağlar (Özmete, 2007). Üç çeşidi vardır. Bunlar;

Eksizyonel biyopsi: Meme içerisindeki lezyonun tümü ile çıkarılmasıdır (Çalışkan, 2009).

İnsizyonel biyopsi: Kitlenin bir kısmının çıkarılmasıdır (Özberksoy, 2006).

Sentinel node biyopsisi: Ameliyat sırasında, tümörün aksiller lenf nodlarına metastaz yapıp yapmadığını anlamak için uygulanır (Özberksoy, 2006).

4.2.5. Meme kanseri sınıflaması ve evrelendirilmesi

Meme kanseri sınıflandırması TNM 6 (2002) sınıflandırmasına göre Tablo 4.2.5.1.'de özetlenmiştir. TNM 7 (2010) sınıflandırmasında meme kanseri sınıflamasında değişiklik yapılmamıştır (Biçer, 2010). Meme kanserinde evreleme Tablo 4.2.5.2.'de gösterilmiştir (Biçer, 2010).

Tablo 4.2.5.1. TNM Sınıflandırmasına Göre Meme Kanseri

Tis	İn situ
T1	≤2 cm
T2	>2 ile 5 cm
T3	>5 cm
T4	Göğüs ön duvarı/ deri/ enflamatuar karsinom
N1	Aksiller hareketli/ İnternal mamaryen veya aksiller mikrometastaz (sentinelde pozitif, klinik olarak negatif)
N2	Fikse aksiller/ Klinik olarak pozitif internal mamaryen
N3	İnfraklaviküler/ İnternal mamaryen ve aksiller/ Supraklaviküler
M1	Uzak organ veya lenf nodu metastazı

Tablo 4.2.5.2. TNM Sınıflandırmasına Göre Meme Kanserinde Evreleme

Evre 0	Tis	N0	M0
Evre I	T1	N0	M0
Evre IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Evre IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Evre IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Evre IIIC	T Fark etmez	N3	M0
Evre IV	T Fark etmez	N Fark etmez	M1

4.2.6. Meme kanserinde prognostik faktörler

Meme kanserinde tanı konulduktan sonraki süreç hastadan hastaya farklılık gösterir. Tümör çapları aynı olan hastalardan bazısında tümör kısa sürede nüks ederken bazı hastalarda sağlıklı yaşam süresi daha uzundur. Bu nedenle meme kanserli hastalarda bu biyolojik ve fizyolojik davranış farklılıklarını ve tümörün ilerleme durumunu belirlemek amacıyla aşağıda yer verilen bazı prognostik faktörler belirlenmiştir (Çalıkapan, 2004; Garip, 2008).

Meme kanserinde prognostik faktörler;

- Tümör çapı
- Aksiller lenf gangliyonu tutulumu
- Histolojik tümör tipi, histolojik grade
- Hormon reseptörleri (östrojen ve progesteron reseptörleri)
- Tümör proliferasyon hızı (mitoz sayısı, Timidin işaretleme indeksi, S-faz reaksiyonu, immün histokimyasal işaretleyiciler)
- Moleküler prognostik faktörler (enzimler, cerb- B2, onkosüpresör genler)

4.3. Meme Kanserinde Tedavi Seçenekleri

Meme kanseri tedavisinde lokal ve sistemik tedavi olmak üzere iki farklı yöntem kullanılır. Lokal tedavide, meme ve meme etrafındaki lenf düğümlerine yönelik tedavi uygulanır. Cerrahi müdahale ve radyasyon uygulaması lokal tedavi yaklaşımlarıdır. Sistemik tedavide ise tüm vücudun ya da sistemin tedavisi hedeflemekte olup kemoterapi, hormon tedavisi ve biyolojik tedavi uygulamalarını içine alır (Acar, 2009; What You Need To Know About Breast Cancer <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/breast/page1>, Erişim tarihi: 16 Kasım 2017).

4.3.1. Lokal tedavi yöntemleri

4.3.1.1. Cerrahi tedavi

4.3.1.1.1. Mastektomi

Memenin, cerrahi olarak bir kısmının ya da tamamının çıkarılması işlemine mastektomi denir (Uzun, 2009).

Mastektomi tedavi seçenekleri şunlardır (Duygulu, 2009; Uzun, 2009; Tümentemur, 2014);

- Radikal Mastektomi
- Genişletilmiş Radikal Mastektomi
- Modifiye Radikal Mastektomi
- Total (Simple) Mastektomi
- Profilaktik Mastektomi
- Kurtarma (Salvage) Mastektomi
- Subkutan Mastektomi

Radikal mastektomi: Tüm meme dokusu, pektoralis majör-minör kaslar ve aksiller ganglionların çıkarılması işlemidir. Flep nekrozu, kol ödemi ve hematoma neden olması ayrıca rekonstrüksiyona imkan vermemesi nedeniyle günümüzde çok tercih edilmemektedir (Duygulu, 2009; Uzun, 2009; Tümentemur, 2014).

Genişletilmiş radikal mastektomi: Radikal mastektomi yöntemine ilave mammaria interna grubu lenf ganglionlarının da alınması yöntemidir (Duygulu, 2009; Uzun, 2009; Tümentemur, 2014).

Modifiye radikal mastektomi: Memenin pektoralis majör ve minör kasları korunurken tüm meme dokusu ile birlikte aksiller lenf ganglionlarının ve pektoral majör kası fasyasının çıkarılmasıdır. Kozmetik açıdan iyi sonuçlar vermesi, morbiditenin düşük olması ve rekonstrüksiyona imkan vermesi gibi avantajları nedeniyle radikal mastektominin yerini almıştır (Duygulu, 2009; Uzun, 2009; Tümentemur, 2014).

Total mastektomi (simple mastektomi): Meme başı, areola, meme dokusunun tamamı, meme cildinin bir kısmı ve pektoralis majör kası fasyasının tamamının çıkartılması esasına dayanır (Duygulu, 2009; Uzun, 2009; Tümentemur, 2014).

Profilaktik Mastektomi: Endikasyonları şunlardır;

- Birinci derecede akrabasında premenopozal dönemde bilateral meme kanseri varlığı
- Birinci derecede akrabalarının 2 veya daha fazlasının premenopozal dönemde meme kanseri tanısı almış olması
- Biyopsi sonucu duktal veya lobüler karsinoma in situ tanısı
- Biyopsi ile kanıtlanmış atipik duktal veya lobüler hiperplazi tanısı
- Histopatolojik olarak lobüler ve multifokal kanser tanısı

Bu özelliklere sahip olan kişilerde kanser gelişme riski beş kat daha fazla olduğundan dolayı profilaktik mastektomi uygulanabilir (Duygulu, 2009; Uzun, 2009; Tümentemur, 2014).

Kurtarma (Salvage) Mastektomi: Daha önce koruyucu tedavi yapılmış hastalarda nüks ya da aynı memede yeni kanser geliştiği zaman uygulanan mastektomi yöntemidir. Bu yöntem, ilkinde aksiller diseksiyon ya da aksillaya radyoterapi uygulanmış ise total mastektomi olarak yapılır (Duygulu, 2009; Uzun, 2009; Tümentemur, 2014).

Subkutan Mastektomi: Estetik görünüm için meme derisi ve meme başı areolaya dokunmadan sadece deri altı meme dokusunun, meme alt kıyısından girilerek çıkarılması işlemidir. Sıklıkla profilaktik mastektomide tercih edilir (Duygulu, 2009; Uzun, 2009; Tümentemur, 2014).

4.3.1.1.2. Meme koruyucu cerrahi (MKC)

Meme koruyucu cerrahide amaç; meme bütünlüğünü koruyarak kanserli dokunun çevre sağlam dokuyla beraber çıkarılmasıdır (Tümentemur, 2014).

MKC'de uygulanan yöntemler şunlardır;

Segmentel Mastektomi: Kanserli dokunun üzerindeki deri parçası ve etrafında sağlam cerrahi sınır sağlayacak meme dokusuyla birlikte çıkarılmasıdır.

Lumpektomi: Kanserli dokunun en az 1 cm'lik bir temiz cerrahi sınır elde etmeye yetecek kadar normal görünümlü meme dokusuyla birlikte çıkarılmasıdır.

Kadranektomi: Kanserli kitlenin, bulunduğu meme kadranının üzerindeki deri ve altındaki pektoral faysa ile eksize edilmesidir.

Tilektomi: Kitlenin etrafındaki geniş meme dokusuyla çıkarılmasıdır (Tümentemur, 2014).

4.3.1.2. Radyoterapi

Radyoterapi, yüksek enerjili atom partiküllerinin ya da iyonizan ışınların kullanıldığı tedavi yöntemidir. Lokal kontrolü sağlayarak sağ kalımı arttırmak amacıyla uygulanır (Öztürk, 2013).

Meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi, tümörün tekrarlama olasılığını azaltmak amacıyla kullanılır. Son yıllarda mamografik tarama programlarının yaygınlaşması ile MKC sonrası uygulanan radyoterapi oranında da artış gözlenmektedir. Bunun dışında mastektomi uygulanan hastalarda, tümör çapının 5 cm'in üzerinde olması, memede multisentrik kanser saptanması, metastatik aksiller lenf nodunda ekstrakapsüler yayılım olması ve aksillada 4 veya daha fazla metastatik lenf nodunun bulunması durumlarında da mastektomi sonrası radyoterapi uygulanması gerekir (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 2000; Hogle ve ark., 2003; Haydaroğlu ve ark., 2006; Göktaş, 2008; Biçer, 2010).

4.3.2. Sistemik tedavi yöntemleri

4.3.2.1. Kemoterapi

Kemoterapide ana ilke, etkilenen bölgede kan akımını arttırarak organ tıkanıklığını önlemek, organ ve sinirlere olan basıyı azaltmak ve kansere bağlı gelişen semptomları gidererek kanserin etkisini azaltmaktır. Böylelikle amaç, hastayı tedavi etmek, yaşam süresini ve kalitesini arttırarak hastanın rahatlığını sağlamaktır (Le ve ark., 2005; Aslan ve ark., 2006; Yıldırım, 2009; Bilgiç, 2015).

Kemoterapi, meme kanserli hastalarda başta gastrointestinal sistem olmak üzere birçok sistemi etkiler. Kemoterapiye bağlı gelişen yan etkiler kullanılan ilaca göre değişim göstermekle birlikte genel olarak görülen yan etkiler; bulantı-kusma, iştahsızlık, kabızlık/ishal, ağız ve diş problemleri, kemik iliğinin baskılanmasına bağlı anemi, kanamaya ve enfeksiyona yatkınlık, psikososyal ve cinsel problemler

şeklinde sıralanabilir. Kemoterapiye bağlı gelişen bu yan etkilerin görülme sıklığı ve derecesi; uygulanan kemoterapik ilacın cinsine, dozuna, uygulama şekline, tedavi aralıklarına, tedavi süresine ve hastanın kişisel özelliklerine bağlı olarak değişiklik gösterir (Yıldırım, 2009; Akçay ve Gözüm, 2012; Şeren, 2015).

4.3.2.2. Hormon tedavisi

Meme kanserinde hormonal tedavide amaç; hastalığın sistemik kontrolünü sağlamak ve tekrarlamasını önlemektir (Öztürk, 2013). Hormon tedavisi sadece tümöründe östrojen ve/veya progesteron reseptör ekspresyonu olan hastalarda kullanılır. Hormonal tedavi yaklaşımında antiöstrojenler, aromataz inhibitörleri, progestinler, östrojenler, androjenler ve antiprogestinler kullanılır (Campos ve Winer, 2003; Tümentemur, 2014).

Günümüzde, menapoz öncesi hastalarda tamoksifen ilk tercih edilen antiöstrojen ajandır. Antiöstrojen etkisini, sitozoldeki östrojen reseptörünü bağlayıp meme dokusuna östrojen girişini engelleyerek gösterir. Tamoksifen, erken evre meme kanserinde adjuvan tedavi olarak ileri evre meme kanserinde ise palyatif tedavi olarak tercih edilir. (Baum, 2005; Turna, 2006; Göktaş, 2008; Öztürk, 2013; Tümentemur, 2014).

Tamoksifenin uzun dönem kullanımı endometrium kanser riskini artırır. Bu nedenle tamoksifen tedavisi genellikle 5 yıl sonra bırakılır. Tamoksifen sonrası tavsiye edilen ikinci seçenek tedaviler ise, menapoz öncesi dönemde progestinler, yüksek doz östrojen ve androjenlerdir. Menapoz sonrası dönemde ise tercih edilen tedavi, aromataz inhibitörleridir (Campos ve Winer, 2003; Tümentemur, 2014; Akbulut, 2016).

Aromataz enzimi; androstenedion, androjen ve testosteronu östrojene çeviren enzimdir. Bu sebeple meme kanseri tedavisinde aromataz inhibitörleri kullanılır. Ancak menapoz öncesi dönemde over hiperstümlasyonuna neden olduğu için

kullanılmaz. Menopoz sonrası dönemde ise hem metastazı olan hastalarda kullanılır ve hem de etkinliği tamoksifenden daha fazladır (Tümentemur, 2014).

Tamoksifen kullanımında premenapozal kadınlarda artifisyel menopoz oluşturmaya bağlı olarak sıcak basmaları ve psikişik bozukluklar gibi yan etkiler görülür. Ayrıca tüm hasta gruplarında endometriyum kanseri, hiperkoagülopati ve katarakt oluşumu riskini artırır. Menopoz sonrası dönemde tercih edilen aromatoz inhibitörleri ise yukarıda belirtilen yan etkilere yol açmaz ancak ciddi derecede osteoporozu neden olarak kemik kırığı oluşum sıklığını artırır (Baum, 2005; Turna, 2006; Göktaş, 2008; Öztürk, 2013).

Tamoksifenden sonra üzerinde çalışmalar yapılan diğer bir östrojen reseptör düzenleyici ise raloksifendir. Raloksifenin tamoksifene kıyasla daha az tromboembolik olaya neden olduğu ve endometriyal kanser gelişim riskini daha az arttırdığı bildirilmiştir. Fakat tamoksifenin meme kanserini önlemede daha kuvvetli olduğu görülmüştür (Vogel ve ark., 2010; Akbulut, 2016).

4.3.2.3. Biyolojik tedavisi

Meme kanserinin adjuvan tedavisinde son dönemlerde dikkatleri üzerine çeken bir diğer konu HER-2/neu (HER-2) proteinini hedefleyen monoklonal antikor tedavisidir (Acar, 2009; Atalay, 2010; Tümentemur, 2014) .

Meme kanserli hastaların ortalama %20 kadarında HER-2'nin aşırı ekspresyonu görülür. Bu nedenle hastalığın seyri diğer hastalara göre daha agresif seyreder ve hastaliksız sağ kalım süresi daha kısadır. Bu hastalarda son yıllarda HER2 proteinini hedefleyen ve işleyişini engellemek için oluşturulan iki molekül kullanılmaya başlanmıştır. Bunlardan ilki Trastuzumab'dır. Trastuzumab, HER2 reseptörüne bağlanarak etki gösterir. Oral tirozin kinaz inhibitörü olan Lapatinib ise küçük molekül yapısına sahip olduğundan hücre içine girerek hem HER1 hem de HER2 reseptörüne bağlı tirozin kinaz aktivitesini engeller (Cleator ve ark., 2007; Acar, 2009; Atalay, 2010; Alkaç, 2014; Tümentemur, 2014).

HER2 pozitif ve metastatik olan hastalarda, bu moleküllerin kullanılmasının hem adjuvan tedavide hem de metastazların tedavisinde etkin olduğu görülmüştür (Acar, 2009; Atalay, 2010; Alkaç, 2014).

4.4. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar

Meme kanseri tanısı konulmasının hasta için yıkıcı bir olay olduğu ve hastayı yaşadığı fizyolojik problemlerin dışında sosyal, psikolojik, mesleki ve varoluşsal yönden birçok sorunla karşı karşıya getirdiği bildirilir (Çalışkan, 2009).

Kadının memesine ilişkin algısı, mastektomi sonrasında gösterilen psikolojik tepkinin derecesini etkiler. Mastektomi geçiren kadınlarda, çekicilik duygusunun kaybı ve özürlü olma duygusu evrensel olarak gözükmesine karşın duygusal ve psikososyal tepkiler son derece bireyseldir (Öncü, 2008). Bu duygusal ve psikososyal tepkilerin ise şok, kızgınlık, inkar, depresyon, yansıtma, psikolojik gerileme, çaresizlik, umutsuzluk, bıkkınlık ve patolojik bağımlılık olduğu belirtilir (Özkan ve Alçalar, 2009).

4.4.1. Meme kanseri tanısı alan kadınların yaşadıkları psikolojik dönemler

Meme kanseri; kadınlarda fiziksel yetersizliğe, mesleki, psikolojik ve cinsel sorunlara neden olan, dönem dönem iyileşme gösterip dönem dönem prognozu kötü seyredebilen, hastaların kısa ve uzun vadeli uyum zorlukları yaşamalarına sebep olan bir hastalıktır. Bu nedenle hastalığın her aşamasında, hasta ve ailesi birçok sorunla karşı karşıya gelir (Gümüş, 2006; Uçar, 2008).

Kanser tanısı almak hastaları bir kriz dönemine sokar. Bu krizin süresi ve ne yoğunlukta geçeceği kişiden kişiye değişiklik gösterse de bütün hastalar bu krizin tüm dönemlerinden veya bir kısmından geçer. Meme kanseri tanısı alan kadınlar için de durum böyledir. Kanser tanısı almış hastaların yaşadığı bu kriz dönemini

Elizabeth Kübler Ross, inkar ve şok, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etme olarak beş aşamada incelemiştir (Arıkan, 2000; Okanlı, 2004; Bilgin ve ark., 2008; Uçar, 2008).

İnkâr; Bu dönemde hasta kendi bedenine yabancılaşır, hastalığı küçümseme ya da yok sayma görülebilir. Bu dönem kişiye göre değişmekle birlikte birkaç saatten birkaç güne kadar sürebilir. Bu aşamada hastalar inkar ve bastırma gibi savunma mekanizmalarını kullanırlar. Hasta yapılan tetkiklerin doğru değerlendirilmediğini ve karıştırıldığını düşünebilir. Bu dönemde, hastaya zaman tanınması, hastalığa yönelik umut verecek pozitif mesajlar verilmesi, tedavi seçeneklerinin anlatılması, psikolojik desteğin sağlanması çok önemlidir (Uçar, 2008; Çalışkan, 2009).

Öfke; Bu dönemde öfke tanıyı koyan doktora, hemşireye, yakınlarla ve hatta sağlıklı kişilere karşı olabilir. Hasta sürekli kendisine “Neden Ben?” sorusunu sorar. Kişi öfkesini rastgele her şeye ya da herkese yöneltebildiği için baş edilmesi zor bir dönemdir. Hasta bakım veren kişileri beceriksiz ve ilgisiz olmakla suçlar. Bu nedenle hekim ve hemşireler daha sıklıkla bu öfkenin hedefi olabilirler. Bu dönemde kişi hastalığına nedenler bulmaya çalışır ve etrafına olduğu kadar kendine karşı da öfkeli bir tavır takınır (Gümüş, 2006; Bilgin ve ark., 2008; Uçar, 2008).

Pazarlık; Bu dönemde hasta hatalığını kabullenmeye başlar ve işbirliği içine girer. Artık tedavilere uyum sağlar, gerekenleri yapar ve çaba gösterir (Okanlı, 2004; Gümüş, 2006; Bilgin ve ark., 2008).

Depresyon; Hastanın genel durumu kötüye gittikçe öfke ve pazarlık, durumun ciddiyetini inkar etmede yetersiz hale gelir. Kayıplarını fark eden hasta, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutmaya başlar. Diğer kanser türlerinde farklı olarak ameliyat sonrası oluşan fiziksel kayıp kadınlarda ağır psikolojik birçok soruna neden olur. Bu sorunlardan en sık yaşananı ise depresyondur. Bu depresyon dönemi kabullenme dönemine geçiş için gerekli bir dönemdir (Aygin ve Durat, 2005; Uçar, 2008).

Kabul etme; Bu dönemde hasta hastalığını kabullenir. Yakın ilişkiler kurabilmek, vedalaşabilmek ve ölmeden önce yapılacakları düzenleyebilmek ancak bu döneme

geçebilmiş kişilerde mümkün olur. Bu dönem hastalıktan önceki aktivite ve yeteneklere tam bir dönüş dönemidir. Meme kanserli kadınların bazısı bir yıl içinde mevcut duruma uyum sağlarken %20-50'si ise ciddi psikolojik sorunlar yaşar. Bu sorunların bir kısmı meme kanserine bağlı ortaya çıkarken bir kısmı da önceden var olan ruhsal hastalığın alevlenmesi ile de kendini gösterebilir (Arıkan, 2000; Mete ve Önen, 2001; Okanlı, 2004; Gümüş, 2006; Bilgin ve ark., 2008; Uçar, 2008).

Kanserin fiziksel tedavisini destekleyen psikososyal girişimler, tedavi sürecini bütünlüleyici özelliindedir. Tedavinin her döneminde aktif rol alan hemşireler psikososyal girişimlerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında da önemli yere sahiptir. Her kanser hastasının gereksinimi aynı değildir. Bu bağlamda hemşireler bütüncül bir yaklaşımla hastaların gereksinimlerini belirlemeli, bu gereksinimlere yönelik gerekli psikososyal girişimleri geliştirmeli ve bu girişimleri aktif bir şekilde uygulamalıdır (Çam ve Gümüş, 2006).

4.5. Meme Kanseri ve Cinsellik

Cinsellik, bir canlının cinsel kimliğe sahip olması, üreme süreci ve erotik zevk duyma özelliklerini içeren bir bütündür (Kadıoğlu, 2005).

Cinsellik, bazen sosyal ve psikolojik yaşamın en önemli alanı olup yaşamı etkisi altına alırken bazen de en ihmal edilen yönü olur. Cinsellik, kimi zaman toplumsal mitlerin etkisiyle konuşulması yasaklanan kimi zaman da mitlerin içine süzerek gizemli bir kimliğe sahip olan, bozulduğunda ise ciddi patolojik sorunlara yol açan, sadece cinsel organlarla sınırlı tutulamayacak çok yönlü bir olgudur (Gülsün ve ark., 2009).

Cinsel sağlık ise; cinsellikle ilgili fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden iyilik halidir. Cinsel sağlık, olumlu cinsel ilişkinin yanında, şiddet ya da zorlamanın olmadığı keyifli bir cinsel deneyimi gerektirir (WHO, Defining Sexual Health. www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/, Erişim Tarihi: 28 Mayıs 2016). Aile Planlama Birliği ise cinsel sağlığı; istismar, zulüm,

fiziksel ve duygusal zarar korkusu olmadan cinselliği ifade etme özgürlüğü olarak tanımlamıştır (Marangoz, 2014).

Cinselliğin doyurulması yaşamın sürdürülmesi için mutlak bir zorunluluk olmasa da türün devamlılığı için elzem bir durumdur. Kadınlar için cinsellik; arzu edilebilir olmak, çocuk doğurmak ve beden algısını kapsamının yanında emosyonel, sosyokültürel ve entellektüel yönleri de olan çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle cinselliği doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık problemleri cinsel işlevi bozar. Bozulan cinsel işlev de bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara yol açar (Çavdar, 2006; Garip, 2008).

Yaşam kalitesi; bireyin mutluluk kapasitesi ve yaşamından doyum bulması, iyilik halinin bir derecesi olarak tanımlanabilir (Çoban, 2012). Yaşam kalitesine etkili majör faktörlerden biri cinsel yaşamdır. Cinselliğin, bireysel yaşam için hayati bir önemi olmasa da yaşam kalitesini oluşturan faktörler içinde önemli yeri vardır (Gülsün ve ark., 2009). Cinsel yaşam kalitesi ise, bireyin cinsel ilişkiden memnun olup olmaması şeklinde tanımlanır. Bireyin cinsel ilişki ile ilgili olumlu ve olumsuz yönleri subjektif olarak değerlendirmesi amacıyla algıladığı duygusal durum, cinsel yaşam memnuniyetinin sınırlarını belirler (Çoban, 2012).

Tüm bireyler için yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden biri olan cinsellik, kanserli bireyler için de aynı derecede önemlidir (Gallo-Silver, 2000; Aygin ve Aslan, 2008). Kanser tedavisi gören kadınların da tüm bireyler gibi güven, sevgi, şefkat, yakınlık, dokunma, ait olma ve bağlanma gereksinimleri vardır. Bu gereksinimler evrensel olup her durum ve her yaş için geçerlidir (Garip, 2008). Meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde sağlanan ilerlemeler ile birlikte yaşam süresinin uzadığı ve bunun sonucunda hastalığa bağlı çeşitli yaşam kalitesi sorunlarının meydana geldiği bildirilir (Hutson, 2003; Aygin ve Aslan, 2008). Meme kanserinde sıklıkla mastektomi uygulandığından dolayı diğer kanser türlerine göre daha fazla cinsel işlev bozuklukları görülür (Çavdar, 2006). Diğer yandan meme kanserinin tedavisinde uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedaviler de hastanın fiziksel sağlığını ve dolaylı olarak da cinsel yaşamını etkiler (Çavdar, 2006).

Meme kanserli kadın, geçirdiği cerrahiye bağlı fiziksel kayıplar, içinde bulunduğu duruma bağlı duygusal sıkıntılar ve hastalığın sürecine bağlı da aile, iş ve sosyal rollerde değişimler gibi sorunlar yaşar. Birçok kadın, yaşadığı cerrahi girişim sonrası memenin tümünü veya bir kısmını kaybetmesini cinsel kimliğine tehdit olarak algılar ve kendisini cinsel yönden eksik ve yetersiz hisseder. Bunun sonucunda da evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceğine ve eşleriyle duygusal bağlarının bozulacağına yönelik korku ve kaygı yaşar (Çam ve Gümüş, 2006; Akyolcu, 2008; Fallbjörk ve ark., 2010).

Meme kanserli kadınlarda cerrahi girişim sonrası fiziksel olarak cinsel işleve engel bir sorun yoktur. Ancak, hastanın beden algısı ve benlik saygısındaki herhangi bir değişiklik veya eşinin tepkileri çiftin anksiyete düzeyini arttırabilir ve cinsel işlevi etkileyebilir. Bazı kadınların eşleri insizyon bölgesine bakmakta güçlük çekebilir. Eşin bu tepkisi, kadının vücudunun deforme ve tiksindirici olduğuna ilişkin korkusunu güçlendirir (Aygın, 2005; Fallbjörk ve ark., 2010; Öztürk, 2013).

Mastektomi sonrası yapılan meme rekonstrüksiyonu; hastalığın evresi fark etmeksizin uygulanabilen, hayatta kalım süresini kısaltmadığı gibi hastanın yaşam kalitesini ve psikososyal durumunu olumlu yönde etkileyen bir yöntemdir (Neto ve ark., 2013). Bu konuda Öztürk (2013) yaptığı çalışmada mastektomi sonrası uygulanan meme rekonstrüksiyonunun, meme kanserli kadınların cinsel yaşamını olumlu yönde etkilediğini ancak meme koruyucu cerrahi uygulananlarda cinsel yaşamın daha da iyi olduğunu; total mastektominin ise cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyerek cinsel işlev bozukluğuna neden olduğunu bildirmiştir. Öztürk'ün çalışmasını destekler şekilde Akça (2011) da meme kanseri nedeni ile opere edilmiş, kadınların ameliyat sonrası psikososyal, cinsel yaşam ve genel yaşam kalitesinin değerlendirilmek amacıyla yürüttüğü çalışmada, meme koruyucu cerrahi tercih edilen hastaların edilmeyenlere göre daha az olumsuz etkilendiklerini belirlemiştir. Ayrıca meme kanseri tedavisinde cerrahi girişimin dışında uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi hastalarda libidoda azalma, vajinal kuruluk, ağrı, irritasyon gibi cinsel yaşamı doğrudan etkileyen sorunlara neden olur. Aynı zamanda

bu tedavilere bağlı gelişen saç dökülmesi, halsizlik, bulantı-kusma, iştahsızlık gibi yan etkiler de hastayı cinsellikten uzaklaştırır (Burwell ve ark., 2006; Gümüş, 2006; Akyolcu, 2008).

Mastektomi ile vücudun bir bölümünün alınması kadında fiziksel görünümde değişikliğe buna bağlı olarak beden algısı ve benlik saygısında değişikliklere yol açabilir. Yaşanan bu değişiklikler de cinsel sorunlara ve bununla beraber eş uyumunda sorunlara neden olabilir (Çalışkan, 2009).

4.6. Meme Kanseri ve Eş Uyumu

Meme kanserli kadınlar, kendilerine yardımcı dokunan faktörler içinde en başta eşlerinin daha sonra diğer aile üyelerinin bulunduğunu belirtir (Çam ve ark., 2009; Çalışkan, 2009). Mastektomi sonrası hasta ile eşi arasında ilişki kalitesinde değişim ve iletişim sorunları ortaya çıkabilir (Öncü, 2008). İletişim yeteneği gelişmemiş ailelerde meme kanseri gibi bir travmanın aileyi son derece bunalttığı, çıkmaza soktuğu ve evlilik ilişkilerini de olumsuz yönde etkilediği belirtilir (Çalışkan, 2009; Çam ve ark., 2009).

Kanser hastasının eşi olmak kanser hastası olmak kadar güçtür. Ailede hastanın dışında, hastalıktan en çok etkilenen meme kanserli kadının eşidir. Hastanın eşinden gelen sosyal destek diğer aile üyeleri ve arkadaşlarından gelen destekten çok daha önemlidir (Öncü, 2008). Bu nedenle hasta ve eşinin, hastalığa uyum sağlama düzeyleri de anlamlı derecede birbirine bağlıdır. Hastada ya da eşinde hastalığa yönelik herhangi bir uyum probleminin olması diğerine de yansıyabilir (Güner, 2008).

Kanser, tanının konulduğu andan başlayarak son döneme kadar hem hasta hem de aileye belirsizlik, çaresizlik, anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaşatan, uyumu zorlayan ve tüm dengeleri bozan bir hastalıktır. Bu süreçte en fazla sorumluluğu üstlenen hasta eşlerinin karşılaştığı sorunların nedeni ise, evdeki rol ve

sorumlulukların değişmesi ve eşinin yaşadığı duygusal sorunlar karşısında hissettiği yetersizlik ve çaresizlik duygularıdır (Weiss, 2004; Gümüş, 2006; Okanlı ve Ekinci, 2008).

Mastektomi olmuş kadınların eşlerinin, bundan sonra hayat boyu eşleriyle sorumlulukları paylaşmasına, her konuda anlayıőlı olmasına ve destekleyici tutum sergilemesine gereksinim vardır (Güner, 2008; Çalışkan, 2009). Kadının hastanede yattığı süre içinde, kocasının yanında olmaması, birtakım kararları verirken yalnız kalması, karı koca arasındaki ilişkide destek eksikliği olarak tanımlanabilir. Bu önemli desteğin verilmemesi hastanın hastalıkla baş etmesini olumsuz yönde etkiler (Güner, 2008).

Evlilikte uyumun olması için cinsel uyumun sağlanması önemlidir. Cinsellik ve eş uyumu arasında birbirini karşılıklı etkileyen yakın bir ilişki bulunur. Ayrıca evliliklerde, mutluluğun sağlanabilmesi, tatmin ve beklentilerin gerçekteşebilmesi için de eşler arasında karşılıklı uyuma ihtiyaç vardır (Erbek ve ark., 2005; Uçar, 2008). Meme kanserli kadınlarda evlilik ilişkileri ve cinsel iőlevlerdeki bozulmalar, yalnızca mastektominin doğrudan etkisine bağlanabileceği gibi, kanser tanısı konulmak ve tanı sonrası mastektomi ile tedavi görmüő olmaya bağlı gelişen anksiyete, korku ve depresyon gibi psikolojik uyumu bozabilecek faktörlerin dolaylı etkisine bağlı da oluşabilir. (Arıkan, 2000; Shands ve ark., 2006; Okanlı ve Ekinci, 2008; Öncü, 2008).

4.7. Çalışmanın Hemşirelik Açıısından Önemi

Cinsel sağlık, insan sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak toplumumuzda cinsellik halen günah, ayıp, güç göstergesi olarak görülür ve hatta sözel ve davranıősal saldırı aracı olarak kullanılır. Cinsellikle ilgili sorunlar özellikle de kadınlar tarafından diğer bedensel sorunlar gibi normal ifade edilmediği gibi bu soruna yönelik yardım istemekten de çekinilir (Acar, 2009).

Hemşireler yaşamın korunmasına odaklanmalı fakat bu yaklaşım, hastanın yaşam kalitesinin korunmasını ikinci plana atmamalıdır. Yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden biri olan cinsellikle ilgili sorunlara ek olarak biyopsikososyal birçok sorunla karşılaşan meme kanserli hastanın yaşamına yönelik önlemler alınmasında, hemşirelerin rol ve sorumluluklarının bilincinde olması ve hasta ve ailesinin güvenini kazanması gereklidir (Akyolcu, 2008).

Hemşirelerin uygulamaları içinde; bireylerin cinsel sağlığını geliştirme, cinsel yönden güvenliğini sağlama ve cinsel konularda danışmanlık yapma sorumlulukları bulunur. Hastalara cinsel sorunları ile ilgili konularda yardımcı olabilmek için hemşirelerin, öncelikle insan cinselliğine ilişkin doğru bilgilere sahip olması ve bu konuda rahat iletişim kurabilmesi gerekir. Ne yazık ki, hemşirelerin çoğu cinsel sorunu olan hastaların gereksinimlerini karşılamada yeterli bilgi ve beceriye sahip değildirler (Acar, 2009).

Ülkemiz literatüründe mastektomili kadınların gereksinimlerine yönelik, hemşirelerin farkındalık geliştirmelerine ve bireylerin bu gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelere yardımcı olacak birçok çalışma vardır (Aygün, 2005; Öncü, 2008; Uçar, 2008; Acar, 2009; Çalışkan, 2009; Akça, 2011; Öztürk, 2013) Bu çalışmalarda genel olarak mastektomili bireyde beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu incelenmiştir. Cinsel sorunlara yönelik ise genel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon araştırılmıştır. Ancak mastektominin cinsel sorunlar ve eş uyumu üzerine etkisini inceleyen tek bir çalışmaya rastlanmıştır (Sertöz ve ark., 2004). Bununla birlikte beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu ile ilgili yapılan çalışmalarda da birbirinin tam tersi sonuçlar ortaya çıkmıştır. Durum böyle olunca mastektomili bireylerde, cinsel yaşam kalitesinin eş uyumunu etkileyip etkilemediği bilinmemektedir. Bu da hemşirelerin verecekleri bakımı, danışmanlık ve rehberliği etkileyebilmektedir. Bu bağlamda çalışma, hemşirelerin mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisi konusunda farkındalık geliştirmelerine ve bireylerin bu konudaki gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelere yol gösterici olacaktır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisini incelemek amacıyla mastektomili kadınlar ile bu gruba benzer özellikler gösteren ve meme kanseri olmayan kontrol grubunun karşılaştırıldığı analitik ve geriye yönelik bir çalışmadır.

Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

1. Meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ile ilişkisi nasıldır?
2. Meme kanserli kadınlarda mastektominin eş uyumu ile ilişkisi nasıldır?
3. Mastektomi sonrası cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumu arasındaki ilişki nasıldır?

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ili Avrupa yakasında hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinin meme polikliniğinde Haziran 2016 - Ocak 2017 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni;

Araştırmada mastektomili kadın evrenini, meme kanseri tanısı nedeniyle mastektomi sonrası meme polikliniğine kontrole gelen ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan kadınlar oluşturdu.

Kontrol grubu evrenini ise; kanser tanısı dışında meme polikliniğine herhangi bir nedenle kontrole gelen, yapılan tetkikler sonucunda herhangi bir patoloji saptanmayan ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan kadınlar oluşturdu.

Araştırmanın Örnekleme;

Son beş yıl içinde çalışmanın yürütüldüğü kurumun cerrahi servisinde mastektomi olmuş kadınların kayıtları incelenerek belirlendi. Çalışmaya alım ölçütlerine uyan toplam 169 mastektomili kadın olduğu tespit edildi. Altı hasta vefat ettiği, beş hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, 11 hasta ile iletişim kurulamadığı ve 59 hasta da araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymadığı için çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak, 88 mastektomili kadın çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu kadınları ise meme polikliniğine başvuran mastektomi grubuna yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilen meme kanseri tanılanmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 88 kadın oluşturuldu. Bu grupta yer alan 12 kadın çalışmaya katılmayı reddettiği ve 5 kadın veri toplama formlarının cevaplanmasını yarıda bıraktığı için çalışmaya alınmadı.

Örnekleme;

Mastektomili kadın grubunda;

- 18 - 65 yaş arası olan,
- Literatür bilgisine dayalı olarak (Öncü, 2008), mastektomi sonrası en az 1 yıl en fazla 5 yıl süre geçmiş olan (1 yıllık süre kadınların meme kanseri tanısını kabullenmede ve oluşabilecek uyum sorunlarıyla baş etmede mesafe katetmiş ve hastalığa bağlı tedavi sürecini tamamlamış olacakları, 5 yıllık süre hastada başka organ metastazlarının çıkmaması için)
- Tam remisyonda olup (remisyonda olma dosya bilgilerine ve hekimlerin beyanına göre belirlendi) hormon tedavisi dışında kanser tedavisi almayan,
- Menapozda olmayan,
- Meme rekonstrüksiyonu yapılmayan,
- Diğer kanserlerden dolayı tedavi alma öyküsü olmayan,

- Evli veya cinsel yaşantısı aktif olan,
- Eş/partnerinde ve kendisinde cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı olmadığını ifade eden,
- Görüşmeyi engelleyecek düzeyde iletişim sorunu bulunmayan,
- Sürekli ilaç tedavisi veya takip gerektiren kronik bir hastalığı olmayan,
- Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayan veya psikiyatrik ilaç tedavisi bulunmadığını ifade eden,
- Çalışmaya katılmaya bilgilendirilmiş onay veren kadınlar alındı.

Kontrol kadın grubunda;

- 18-65 yaş arasında olan,
- Meme kanseri tanısı konmayan,
- Menapozda olmayan,
- Diğer kanserlerden dolayı tedavi alma öyküsü olmayan,
- Evli veya cinsel yaşantısı aktif olan,
- Eş/partnerinde ve kendisinde cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı olmadığını ifade eden,
- Görüşmeyi engelleyecek düzeyde iletişim sorunu bulunmayan,
- Sürekli ilaç tedavisi veya takip gerektiren kronik hastalığı olmayan,
- Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayan veya psikiyatrik ilaç tedavisi bulunmadığını ifade eden,
- Çalışmaya katılmaya bilgilendirilmiş onay veren kadınlar alındı.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumu,

Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyo demografik özellikler (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, evlilik yılı ve çocuk sayısı) ve hastalığa ilişkin değişkenlerdir (kanseri tanısı konma süresi, ameliyattan sonra geçen süre, cerrahi tedavi dışında tedavi uygulanma durumu).

5.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Formları

Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, araştırma ile ilgili gerekli açıklama yapıldıktan ve katılımcıların bilgilendirilmiş gönüllü onayları alındıktan sonra “Mastektomili Kadın Tanıtıcı Özellikler Formu” (Ek 1), “Kontrol Grubu Kadın Tanıtıcı Özellikler Formu” (Ek 2) “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın” (CYKÖ-K) (Ek 3) ve “Çiftler Uyum Ölçeği” (ÇUÖ) (Ek 4) ile toplandı.

Veri Toplama Formları

Tanıtıcı Özellikler Formları; Mastektomili kadınlar ile kontrol grubu kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyebileceği düşünülen sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, evlilik yılı ve çocuk sayısı) ve mastektomili kadınlarda hastalığa ilişkin değişkenleri (kanser tanısı konma süresi, ameliyattan sonra geçen süre, cerrahi tedavi dışında tedavi uygulanma durumu) belirlemek amacıyla oluşturulmuş formlardır (Ek 1 ve Ek 2).

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K); Ölçek Symonds ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (Symonds ve ark., 2005). Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği 2010 yılında Tuğut ve Gölbaşı tarafından yapılmıştır. 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği sadece 18-65 yaş aralığındaki kadınlar için saptanmış ve ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur (Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.81 olarak bulundu. Kadınların son 4 haftalık cinsel yaşam kalitesini ölçen ölçek, 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında her soru 1-6 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13 ve 18 nolu soruların puanları tersine çevrildi ve ölçekten alınan toplam puan 100’e dönüştürüldü. Bu dönüşüm için; $[(\text{ölçekten alınan ham puan}-18) \times 100/90]$ formülü kullanıldı. Sonuç olarak ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterdi (Tuğut ve Gölbaşı, 2010) (Ek 3).

Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ); Spanier tarafından 1976 yılında geliştirilmiş olan ÇUÖ (Spanier, 1976), 2000 yılında Fıfıloğlu ve Demir tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak bulunmuştur (Fıfıloğlu ve Demir, 2000). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri yüksek güvenilirlik olarak kabul edilen 0.82 olarak bulundu.

Çiftlerin algıladıkları ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş olan ve 32 maddeden oluşan ÇUÖ dört alt boyut içermektedir (Fıfıloğlu ve Demir, 2000). Bunlar:

Eşler arası tatmin alt ölçeği (Memnuniyet-doyum ölçeği) negatif ve pozitif düşünce modelleri ile pozitif ve aversif iletişimi sorgulayan 10 maddeden oluşur (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32).

Eşler arası bağlılık alt ölçeği (Bağlılık ölçeği) birlikte geçirilen konuşmaları ve zamanı içeren 5 maddeden oluşur (24, 25, 26, 27, 28).

Eşler arası fikir birliği alt ölçeği (Fikir birliği ölçeği) evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma durumunu inceleyen 13 maddeyi içermektedir (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Duygusal ifade alt ölçeği (Duygusal ifade ölçeği); sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini ve sevgi gösteren davranışları yapma durumunu içeren 4 maddeyi içermektedir (4, 6, 29, 30).

Ölçeği oluşturan 32 sorudan 30 tanesi beş ile yedi seçenek arasında cevabı içeren likert tarzı sorulardır. Bu soruların çoğu “her zamandan”, “hiçbir zamana” kadar değışen seçeneklerle, 0-6 arasında puana sahiptir. Diğer iki soru ise “evet” veya “hayır” cevabı gerektiren tarzda düzenlenmiş olup 0 veya 1 olarak puanlanır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-151 arasındadır. Toplam puanın yüksek oluşu evlilik uyumunun iyi olduğunu gösterir (Fıfıloğlu ve Demir, 2000) (Ek 4).

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Veriler Haziran 2016 - Ocak 2017 tarihleri arasında örnekleme alınma kriterlerini karşılayan mastektomili ve kontrol grubu kadınlarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Öncelikle katılımcılara araştırma ile ilgili gerekli açıklama yapıldı, bilgilendirilmiş yazılı onamları alındıktan sonra veri toplama formları katılımcıların öz-bildirimleri veya anlaşılmayan kısımlarda ya da katılımcının kendi dolduramadığı durumlarda (okuma yazma bilmemesi, okuyup anlamasının uzun zaman alması vb) araştırmacının katılımcıya soruları sorması ile dolduruldu. Veri toplama formlarının doldurulması ortalama 10 dakika sürdü.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde, SPSS 15.0 for Windows Evaluation Version programı kullanıldı (Contract Number: GS-35F-5899H). Katılımcıların bireysel özellikleri tanımlayıcı istatistikler (oran, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum) ile hesaplandı. Grupların bireysel ve klinik özellikleri ile ölçekler arasındaki karşılaştırmalarda kategorik değişkenlerde ki-kare testi, sayısal değişkenler normal dağılım koşulunu sağladığında bağımsız iki grupta Student t Testi, normal dağılım koşulunu sağlamadığında bağımsız iki grupta Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arası ilişkiler parametrik test koşulu sağlandığında Pearson Korelasyon Analizi, parametrik test koşulu sağlanmadığında Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < .05$ olarak kabul edildi.

5.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu onayı (Ek 5), araştırmanın yapılacağı kurumun bağlı olduğu Kamu Hastaneleri Birliği'nden çalışma izni (Ek 6), kullanılacak ölçekleri geliştiren yazarlardan ölçek kullanım izni (Ek 7 ve Ek 8) ve tüm katılımcılardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam (Ek 9 ve Ek 10) alındıktan sonra başlandı.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya alınan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunu etkileyebilecek depresyon, beden algısı ve benlik saygısının incelenmemiş olması bu çalışmanın bir sınırlılığıdır.

6. BULGULAR

Bu çalışma, 88 mastektomili kadın ve 88 kontrol grubu kadın olmak üzere 176 olgu üzerinde yapıldı. Mastektomili ve kontrol grubu kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 6.1’de verildi.

Tablo 6.1. Mastektomi ve Kontrol Grubu Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

	Mastektomi grubu n (%) veya ort (SS)	Kontrol grubu n (%) veya ort (SS)	P
Yaş (yıl)	46.8 ± 5.5 (33-55)	45.7 ± 6.2 (35-55)	.879*
Eğitim Düzeyi			
Okur yazar değil	6 (6.8)	6 (6.8)	
Okur yazar	3 (3.4)	4 (4.5)	
İlköğretim	49 (55.7)	60 (68.2)	.436 ^β
Ortaöğretim	18 (20.5)	13 (14.8)	
Yükseköğretim	9 (10.2)	4 (4.5)	
Lisansüstü	3 (3.4)	1 (1.1)	
Çalışma Durumu			
Evet	9 (10.2)	10 (11.4)	1.000 ^β
Hayır	79 (89.8)	78 (88.6)	
Meslek			
Ev hanımı	64 (72.7)	74 (84.1)	
İşçi	10 (11.4)	7 (8.0)	0.102 ^β
Memur	2 (2.3)	1 (1.1)	
Serbest meslek	1 (1.1)	3 (3.4)	
Emekli	11 (12.5)	3 (3.4)	
Gelir Durumu			
Geliri giderden az	42 (47.7)	36 (40.9)	.688 ^β
Geliri giderine denk	43 (48.9)	48 (54.5)	
Geliri giderinden fazla	3 (3.4)	4 (4.5)	

*Mann Whitney U Testi ^βKi Kare Analizi

Tablo 6.1 incelendiğinde; grupların yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek ve gelir düzeyi gibi bireysel özellikleri açısından birbirine benzer olduğu, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p> .05).

Tablo 6.2. Mastektomi ve Kontrol Grubu Kadınların Eş ve Evlilik Özellikleri

	Mastektomi grubu n (%) veya ort (SS)	Kontrol grubu n (%) veya ort (SS)	p
Eşin Yaşı (yıl)	54.4 ± 9.9 (32-75)	53.6 ± 9.3 (34-72)	.578*
Eşin Eğitim Düzeyi			
Okuryazar değil	2 (2.3)	2 (2.3)	.415 [#]
İlköğretim	48 (54.5)	60 (68.2)	
Ortaöğretim	23 (26.1)	17 (19.3)	
Yükseköğretim	12 (13.6)	8 (9.1)	
Lisansüstü	3 (3.4)	1 (1.1)	
Eşin Mesleği			
İşçi	36 (40.9)	37 (42.0)	.838 [#]
Memur	5 (5.7)	3 (3.4)	
Serbest meslek	12 (13.6)	15 (17.0)	
Emekli	35 (39.8)	33 (37.5)	
Evlilik Yılı (yıl)	28.4 ± 10.2 (4-49)	28.7 ± 7.8 (11-45)	.939*
Çocuk Varlığı			
Yok	2 (2.3)	3 (3.4)	.684 [#]
Var	86 (97.7)	85 (96.6)	
Çocuk Sayısı	2.2 ± 1.0 (0-6)	2.4 ± 1.2 (1-8)	.568 ^β

*Student t Testi ^βMann Whitney U Testi [#]Ki Kare Analizi

Mastektomili ve kontrol grubu kadınların eşin yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, evlilik yılı, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı gibi eş ve evlilik özellikleri incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve grupların homojen olduğu tespit edildi ($p > .05$) (Tablo 6.2).

Tablo 6.3. Mastektomili Kadınların Hastalık Özellikleri

	n (%) veya ort (SS) (Min-Maks)
Kanser tanısından geçen süre (ay)	32.4 ± 20.8 (6-60)
Ameliyattan geçen süre (ay)	30.7 ± 20.9 (6-60)
Cerrahi tedavi dışında tedavi;	
Uygulanan	79 (89.8)
Uygulanmayan	9 (10.2)
Kemoterapi;	
Uygulanan	66 (75.0)
Uygulanmayan	22 (25.0)
Radyoterapi;	
Uygulanan	61 (69.3)
Uygulanmayan	27 (30.7)
Hormon tedavisi;	
Uygulanan	34 (38.6)
Uygulanmayan	54 (61.4)

Mastektomili kadınların hastalık özellikleri incelendiğinde; kanser tanısının ortalama 32.4 ± 20.8 ay önce olduğu ve ortalama 30.7 ± 20.9 ay önce ameliyat oldukları belirlendi. Bu kadınların %89.8 (n=79)'ine cerrahi tedavi dışında kemoterapi (%75) ve radyoterapi (%69.3) uygulanmıştı ve %38.6'sı (n=34) hormon tedavisi almaktaydı (Tablo 6.3).

Tablo 6.4. Mastektomi ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Mastektomi grubu		Kontrol grubu		<i>p</i> *
	Mean ± SD	Median (min-max)	Mean ± SD	Median (min-max)	
CYKÖ toplam puan	43.3 ± 29.4	37.7 (0-100)	80.1 ± 21.4	87.7 (5.5-100)	< .001
ÇUÖ toplam puan	98.5 ± 28.8	102 (13-148)	123.8 ± 22.6	129 (53-151)	< .001
Memnuniyet	34.1 ± 9.7	36.5 (0-48)	41.4 ± 6.6	43 (15-50)	< .001
Bağlılık	13.2 ± 6.1	12.5 (0-24)	18.7 ± 4.6	20 (6-24)	< .001
Fikir birliği	44.2 ± 13.5	47.5 (3-65)	54.3 ± 11.6	57 (20-65)	< .001
Duygusal ifade	6.9 ± 3.4	7 (0-12)	9.3 ± 2.7	10 (0-12)	< .001

*Student t Testi

Tablo 6.5. Mastektomi ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Mastektomi grubu (n=88)					Kontrol grubu (n=88)				
	CYK	ÇU	M	B	FB	CYK	ÇU	M	B	FB
Çiftler uyumu (ÇU)	.457†					.500†				
Memnuniyet (M)	.267*	.867†				.414†	.837†			
Bağlılık (B)	.383†	.813†	.620†			.388†	.799†	.544†		
Fikir birliği (FB)	.476†	.928†	.681†	.658†		.433†	.959†	.698†	.717†	
Duygusal ifade (Dİ)	.538†	.861†	.681†	.717†	.771†	.625†	.798†	.596†	.542†	.758†

CYK = Cinsel Yaşam Kalitesi; ÇU = Çiftler Uyumu; M = Memnuniyet; B = Bağlılık; FB = Fikir Birliği; Dİ = Duygusal ifade

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). †Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

*/†Pearson Korelasyon Analizi

Mastektomili ve kontrol grubu kadınların CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kontrol grubu kadınların CYKÖ ve ÇUÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının mastektomili gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p < .001$) (Tablo 6.4).

Mastektomili ve kontrol grubu kadınların CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları her bir grup içinde incelendiğinde; her iki grupta CYKÖ toplam puan ortalamaları ile ÇUÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p < .001$) (Tablo 6.5).

Tablo 6.6. Mastektomi ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Yaş, Eğitim Düzeyi ve Çocuk Sayısı Arasındaki İlişki

		Yaş		Eğitim Düzeyi		Çocuk Sayısı	
		<i>r</i>	<i>p</i> *	<i>r</i>	<i>p</i> *	<i>r</i>	<i>p</i> *
Mastektomili kadın	CYKÖ Toplam	.005	.964	.380	< .001	-.184	.088
	ÇUÖ Toplam	.151	.080	.078	.471	-.001	.990
	Memnuniyet	.127	.239	.008	.938	-.050	.645
	Bağlılık	.139	.195	.106	.325	-.011	.918
	Fikir birliği	.143	.066	.030	.784	-.030	.782
	Duygusal ifade	.144	.180	.071	.510	-.031	.775
Kontrol grubu kadın	CYKÖ Toplam	.017	.873	.073	.501	.223	.040
	ÇUÖ Toplam	.001	.996	-.042	.694	.236	.030
	Memnuniyet	-.066	.544	.033	.763	.128	.243
	Bağlılık	.023	.831	-.054	.619	.245	.024
	Fikir birliği	.061	.572	-.111	.302	.232	.033
	Duygusal ifade	.067	.538	.060	.578	.245	.024

*Spearman Korelasyon Analizi

Mastektomili grupta yaş ve çocuk sayısı ile CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p > .05$), eğitim düzeyi ile CYKÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($p < .001$).

Kontrol grupta ise yaş ve eğitim düzeyi ile CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p > .05$), çocuk sayısı ile CYKÖ toplam puanı, ÇUÖ toplam puanı, bağlılık, fikir birliği ve duygusal ifade alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (sırasıyla $p = .040$, $p = .030$, $p = .024$, $p = .033$, $p = .024$) (Tablo 6.6).

Tablo 6.7. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Eşin Yaşı, Eşin Eğitim Düzeyi ve Evlilik Yılı Arasındaki İlişki

		Eşin Yaşı		Eşin Eğitim Düzeyi		Evlilik Yılı	
		<i>r</i>	<i>p</i> *	<i>r</i>	<i>p</i> *	<i>r</i>	<i>p</i> *
Mastektomili kadın	CYKÖ Toplam	.001	.992	.283	.007	-.056	.607
	ÇUÖ Toplam	.095	.380	.123	.254	.129	.232
	Memnuniyet	-.025	.819	-.009	.931	.079	.465
	Bağlılık	.032	.769	.120	.267	.038	.724
	Fikir birliği	.118	.273	.079	.467	.155	.150
	Duygusal ifade	.071	.514	.042	.700	.139	.196
Kontrol grubu kadın	CYKÖ Toplam	.103	.337	.118	.273	.089	.409
	ÇUÖ Toplam	-.018	.869	.087	.422	.127	.237
	Memnuniyet	-.076	.480	.038	.726	-.001	.992
	Bağlılık	-.020	.855	.065	.550	.117	.276
	Fikir birliği	.042	.698	.046	.673	.185	.084
	Duygusal ifade	.077	.476	.193	.072	.176	.101

*Spearman Korelasyon Analizi

Kontrol grubu kadınlarda, CYKÖ ve ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları ile eşin yaşı, eğitim düzeyi, evlilik yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p > .05$), mastektomili grupta CYKÖ toplam puan ortalaması ile eşin eğitim düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($p = .007$) (Tablo 6.7).

Tablo 6.8. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Çalışma Durumunun Karşılaştırılması

		Çalışma Durumu						<i>p</i>
		Çalışan			Çalışmayan			
		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		
Mastektomili kadın	CYKÖ Toplam	65.60	23.90	96.10	35.60	16.70	63.30	.092*
	ÇUÖ Toplam	106	90.50	131	101	83	119	.298 ^β
	Memnuniyet	39	28.50	42	36	31	41	.452 ^β
	Bağlılık	20	10	23.50	12	9	17	.136*
	Fikir birliği	49	40	56	47	36	54	.478 ^β
	Duygusal ifade	8	5	11.50	7	4	10	.299 ^β
Kontrol grubu kadın	CYKÖ Toplam	78.30	60.80	91.70	88.30	75.60	94.70	.179 ^β
	ÇUÖ Toplam	133.0	116.3	138.3	129.0	110.80	141.50	.849 ^β
	Memnuniyet	42	35	45	43	38	46	.406 ^β
	Bağlılık	17	14.25	19	20	16	23	.081 ^β
	Fikir birliği	62.0	49.80	65.0	57.0	46.80	63.30	.311 ^β
	Duygusal ifade	11.50	10	12	10	8	11	.091 ^β

*Student t Testi ^βMann Whitney U Testi

Mastektomili ve kontrol grubu kadınların CYKÖ ve ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > .05$) (Tablo 6.8).

Tablo 6.9. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Meslek Durumunun Karşılaştırılması

		Meslek						P
		Ev Hanımı			Diğer Meslekler			
		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		
Mastektomili kadın	CYKÖ Toplam	29.40	15.60	62.20	60.0	33.30	77.80	.014*
	ÇUÖ Toplam	101.0	83.50	117.80	104.50	81.80	128.50	.344 ^β
	Memnuniyet	36	31	41	37.50	31	40	.929 ^β
	Bağlılık	12	9.0	17	14.50	9.25	20.80	.229*
	Fikir birliği	47	36	52.80	48.50	36	58.80	.401 ^β
	Duygusal ifade	7	4	9.75	8	4.30	11	.368 ^β
	Kontrol grubu kadın	CYKÖ Toplam	87.80	75.0	95.60	83.30	75.0	91.70
	ÇUÖ Toplam	128	110	141.50	136	121.80	139	.508 ^β
	Memnuniyet	43	38	46.30	42.50	38.80	45	.615 ^β
	Bağlılık	20	16	22.30	17.50	15.80	23.30	.718 ^β
	Fikir birliği	57	46	63.30	61.50	55.80	65	.151 ^β
	Duygusal ifade	10	7.80	11	11.5	10	12	.014 ^β

*Student t Testi ^βMann Whitney U Testi

Tablo 6.9’da görüldüğü gibi çalışmaya alınan mastektomili kadınlarda CYKÖ toplam puan ortalaması, kontrol grupta da ÇUÖ ölçeği duygusal ifade alt ölçek puan ortalaması ev hanımlarında diğer mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu (p= .014).

Tablo 6.10. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Gelir Düzeyinin Karşılaştırılması

		Gelir Düzeyi						p
		Geliri giderden az			Geliri giderine denk / fazla			
		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		
Mastektomili kadın	CYKÖ Toplam	11.90	27.80	49.40	23.30	55.60	78.90	.005*
	ÇUÖ Toplam	79.80	91.50	109.50	90	108	129	.004 ^β
	Memnuniyet	28.80	35.50	38.30	31	37	41	.243 ^β
	Bağlılık	7	11.50	15	10	15	20	.001*
	Fikir birliği	31.80	42.50	50.30	42	51	57	.001 ^β
	Duygusal ifade	4	6	9	5	8	11	.060 ^β
Kontrol grubu kadın	CYKÖ Toplam	71.10	83.90	96.40	75.6	88.30	93.30	.654 ^β
	ÇUÖ Toplam	103.30	128	144	121.25	130.50	137.80	.651 ^β
	Memnuniyet	34.30	43.50	47	39.25	43.0	46	.494 ^β
	Bağlılık	15	20	23	16.25	20	22	.964 ^β
	Fikir birliği	41.30	57	65	53	57.50	63	.607 ^β
	Duygusal ifade	7	10	11	8.25	11	11.75	.065 ^β

*Student t Testi ^βMann Whitney U Testi

Kontrol grubu kadınlarda gelir düzeyi ile CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p > .05$), mastektomili kadınlarda geliri giderine denk/fazla olanlara göre geliri giderinden az olanların CYKÖ, ÇUÖ toplam puanı ile bağlılık, fikir birliği alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla $p = .005$, $p = .004$, $p = .001$, $p = .001$) (Tablo 6.10).

Tablo 6.11. Mastektomili ve Kontrol Grubu Kadınların CYKÖ ve ÇUÖ Puanları ile Eş Mesleğinin Karşılaştırılması

		Eş Meslek						
		Emekli			Diğer			
		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		<i>p</i> *
Mastektomili kadın	CYKÖ Toplam	36.70	12.80	68.90	20	58.90	38.90	.932
	ÇUÖ Toplam	102	82.0	120	88	120	107	.600
	Memnuniyet	37	31.0	40.50	29	41	36	.556
	Bağlılık	12	8	17.50	10	18	15	.320
	Fikir birliği	46	33	54	38	54	48	.531
	Duygusal ifade	7	4	10	5	10	8	.549
	Kontrol grubu kadın	CYKÖ Toplam	86.70	73.30	93.30	76.70	95.60	90
ÇUÖ Toplam		129	114	144	110	137,50	129	.490
Memnuniyet		44	39	46	37	46	41	.188
Bağlılık		20	16	23	15	22	20	.710
Fikir birliği		57	50	64	46.50	64.50	57	.862
Duygusal ifade		10.0	7	11	8	12	10	.497

*Mann Whitney U Testi

Mastektomili ve kontrol grubu kadınlarda eşin mesleği ile CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > .05$) (Tablo 6.11).

Tablo 6.12. Mastektomili Kadınlarda Kanser Tanısı ve Ameliyattan Geçen Süre ile CYKÖ ve ÇUÖ Puan Ortalamaları ile Arasındaki İlişki

	Kanser Tanısından Geçen Süre		Ameliyattan Geçen Süre	
	<i>r</i>	<i>p</i> *	<i>r</i>	<i>p</i> *
CYKÖ Toplam	-.165	.124	-.139	.196
ÇUÖ Toplam	.034	.756	.070	.517
Memnuniyet	.150	.164	.176	.101
Bağlılık	-.009	.937	.021	.847
Fikir birliği	-.019	.862	.028	.793
Duygusal ifade	-.060	.579	.005	.960

*Spearman Korelasyon Analizi

Mastektomili kadınlarda kanser tanısından ve ameliyattan geçen süre ile CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p > .05$) (Tablo 6.12).

Tablo 6.13. Mastektomili Kadınlarda Cerrahi Girişim Dışında Tedavi Uygulanma Durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Cerrahi Girişim Dışında Tedavi						<i>p</i>
	Uygulanan			Uygulanmayan			
	Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		
CYKÖ Toplam	36.70	15.60	66.70	42.20	27.20	63.90	.441*
ÇUÖ Toplam	102	85	120	102	56.50	116.50	.536 ^β
Memnuniyet	36	31	40	37	20.50	42.50	.940 ^β
Bağlılık	12	9	18	13	6	16	.359*
Fikir birliği	47	36	54	48	26.50	51.50	.465 ^β
Duygusal ifade	7	4,0	10	8	4	10.50	.793 ^β

*Student t Testi ^βMann Whitney U Testi

Cerrahi girişim dışında tedavi uygulanan ve uygulanmayan mastektomili kadınların CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > .05$) (Tablo 6.13).

Tablo 6.14. Mastektomili Kadınlarda Kemoterapi Uygulanma Durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Kemoterapi						<i>p</i>
	Uygulanan			Uygulanmayan			
	Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		
CYKÖ Toplam	32.80	14.20	69.70	51.10	23.30	64.70	.264*
ÇUÖ Toplam	102.50	84.50	120.30	102	77.50	114.50	.428 ^β
Memnuniyet	36.50	31	40.30	36.50	29.30	42	.889 ^β
Bağlılık	13.0	10	18.30	12	8.80	15.50	.245*
Fikir birliği	48.0	36.75	54.30	44.50	34.0	52	.345 ^β
Duygusal ifade	8	4.0	10	6	5	9.25	.950 ^β

*Student t Testi ^βMann Whitney U Testi

Çalışmaya alınan mastektomili kadınlarda kemoterapi uygulanma durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p > .05$) (Tablo 6.14).

Tablo 6.15. Mastektomili Kadınlarda Radyoterapi Uygulanma Durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Radyoterapi						<i>p</i>
	Uygulanan			Uygulanmayan			
	Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		
CYKÖ Toplam	35.60	13.90	67.80	42.20	21.10	63.30	.587*
ÇUÖ Toplam	102	84	123.50	102	79	119	.658 ^β
Memnuniyet	36	31	40.50	37	31	41	.989 ^β
Bağlılık	13	9.50	18.50	12	8	17	.385*
Fikir birliği	48	34.50	55	47	36	52	.619 ^β
Duygusal ifade	6	4	10	8	6	10	.206 ^β

*Student t Testi ^βMann Whitney U Testi

Tablo 6.15'te de görüldüğü gibi radyoterapi uygulanan ve uygulanmayan mastektomili kadınların CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > .05$).

Tablo 6.16. Mastektomili Kadınlarda Hormon Tedavisi Uygulanma Durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Hormon tedavisi						<i>p</i>
	Uygulanan			Uygulanmayan			
	Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		Ortanca	Çeyrekler Arası Aralık		
CYKÖ Toplam	35	16.40	59.20	42.20	17.50	69.40	.466*
ÇUÖ Toplam	103.50	78.25	126.30	102	86.80	120	.934 ^β
Memnuniyet	37.50	31	41.50	36	31	40.25	.545 ^β
Bağlılık	14	7.75	18.30	12	10	16.30	.964*
Fikir birliği	45.50	32.50	53.30	48	36.80	54.50	.469 ^β
Duygusal ifade	6.50	4	10	7.5	4	10	.657 ^β

*Student t Testi ^βMann Whitney U Testi

Mastektomili kadınlarda hormon tedavisi uygulanma durumu ile CYKÖ ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p > .05$) (Tablo 6.16).

7. TARTIŞMA

Çalışma, meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisini incelemek amacıyla mastektomili ve kontrol kadın gruplarının karşılaştırıldığı analitik bir çalışmadır. Bu amaçla 88 mastektomili ve 88 kontrol grubu kadın olmak üzere 176 olgu üzerinde yapılan çalışmada; sosyodemografik özellikler, eş ve evlilik ilişkileri yönünden grupların birbirine benzer olduğunun görülmesi homojenliğin sağlandığını göstermektedir.

Meme kanseri nedeniyle uygulanan mastektominin bireyin beden algısının bozulmasına, bozulan beden algısının da benlik saygısının azalmasına yol açarak yakın ilişkilerin bozulmasına ve evliliklerde sorunların yaşanmasına neden olabileceği bilinmektedir (Fobair ve ark.,2006; Gümüş, 2006; Okanlı ve Ekinci, 2008; Reich ve ark., 2008; Uçar, 2008). Meme kanserli kadınlarda eş uyumuna odaklanan çalışmalar incelendiğinde; Çalışkan (2009) mastektomili kadınların beden algısının eş uyumunu etkilediğini, Uçar (2008) sağlıklı kadınlara göre mastektomili kadınların beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumunun daha düşük olduğunu, benzer şekilde Al-Ghazal ve arkadaşları (2000) da mastektominin beden algısını, benlik saygısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Öncü (2008) mastektomili kadınların ameliyat sonrası eş uyumu ve yalnızlık düzeylerini incelediği çalışmada, ameliyat öncesi kendini yalnız hissettiğini ifade eden kadınlara göre kendini yalnız hissetmediğini ifade eden kadınların eş uyumlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Fobair ve arkadaşları (2006) 40 yaşın altındaki meme kanserli kadınlarda beden algısı sorunlarının daha fazla ortaya çıktığını ve meme kanseri tanısı konduktan sonra zamanla eş uyumsuzluğunun arttığını bildirirken, Wenzel ve arkadaşları (1999) 50 yaş ve üstündeki mastektomili kadınların eş uyumunun daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Bunlara karşın, Okanlı ve Ekinci (2008) mastektominin meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları ile evlilik uyumlarında değişikliğe neden olmadığını, ancak duygu kontrol düzeyinde mastektomi öncesine göre anlamlı bir farklılığın bulunduğunu belirlemiştir.

Meme kanserli hastalarda cinsel işlev bozukluğu riskinin arttığı bilinmektedir (Bartula ve Sherman, 2013). Meme kanserli hastalarda meme dokusunda oluşan kayıp, ağrı, beden algısı ve sağlık durumunu algılamada meydana gelen değişikliklere bağlı cinsel istekte azalma gelişebilir. Diğer yandan meme kanseri tedavisinde uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi de hastanın fiziksel sağlığını ve dolaylı olarak da cinsel yaşamını etkileyebilir (Çavdar, 2006; Vural, 2011). Broeckel ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlıklı kadınlara göre meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu, cinsel ilişkiden hoşlanmama, cinsel istekte azalma, cinsel uyarılmada ve orgazma ulaşmada zorlanma gibi cinsel sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Acar (2009) meme kanserinin kadın cinsel fonksiyonlarını önemli derecede etkilediğini, sağlıklı kadınlara göre meme kanserli kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu bulmuştur. Burwell ve arkadaşları (2006) mastektomi sonrası cinsel sorunların zaman geçtikçe azalmakla birlikte bazı kadınlarda sorunların ameliyattan bir yıl sonrasına kadar devam ettiğini tespit etmişlerdir. Sertöz ve arkadaşları (2004) total mastektominin beden algısını bozduğu, bozulan beden algısının cinsel doyumda azalmaya ve bunun da eş uyumunda bozulmaya yol açtığını bildirmiştir. Bu çalışma bulguları da kontrol grubu kadınlara göre mastektomili kadınların eş uyumunun ve cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu gösterdi. Yukarıdaki bilgiler ve çalışma bulguları göz önüne alındığında, mastektominin eş uyumunu ve cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Nitekim Tablo 6.5'te görüldüğü gibi her iki grupta cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunması, cinsel yaşam kalitesinin eş uyumunu ya da eş uyumunun cinsel yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir.

Mastektomili kadınlarda yaşın eş uyumuna etkisinin incelendiği çalışmalarda değişen sonuçlar bildirilmektedir. Uçar (2008) 50 yaş ve üzerindeki mastektomili kadınların eş uyumunun daha düşük, Engel ve arkadaşları (2004) da genç mastektomili kadınların eş uyumlarının daha iyi olduğunu bildirirken; Wenzel ve arkadaşları (1999) ile Avis ve arkadaşları (2004) 50 yaş üzerindeki mastektomili

kadınların eş uyumunun daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Mevcut çalışma bulguları yaşın eş uyumunda etkisi olmadığını ve cinsel yaşam kalitesini etkilemediğini gösterdi. Bu durum, mastektomili kadınlarda yaşın eş uyumu ve cinsel işlevselliğe etkisinin araştırıldığı kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışma bulguları mastektomili kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe cinsel yaşam kalitesinin arttığını da gösterdi. Bulgularımıza benzer şekilde, Aygin (2005) eğitim düzeyi düşük olan meme kanserli kadınların daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadığını, Abasher (2009) ile Sertöz ve arkadaşları (2004) eğitim düzeyi arttıkça cinsel işlevin arttığını, Huguhe ve arkadaşları (2007) da eğitim düzeyinin cinsel yaşamı etkilediğini ve ilkökul mezunlarına göre üniversite mezunlarının cinsel yaşamının daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada mastektomili kadınların eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin artması, yüksek eğitilmiş bireylerin sağlık algılarının daha iyi olması ve cinsel konularda ailesel/toplumsal değer yargılarına ve cinsel mitlere bağlı kalmamalarının bir sonucu olabilir. Nitekim mastektomili kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ile cinsel yaşam kalitesi arasında da pozitif anlamlı bir ilişki bulunması (Tablo 6.7) bu görüşümüzü desteklemektedir.

Önceki çalışmalarda çocuk sayısının cinsel disfonksiyonu etkilediği gösterilmiştir. Acar (2009) çocuk sayısı arttıkça cinsel disfonksiyon yaşama sıklığının arttığını, Karakoyunlu ve Öncel (2014) artan çocuk sayısının cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediğini, Çayan ve arkadaşları (2004) da çocuk sayısı fazla olan kadınlarda cinsel disfonksiyon görülme sıklığını yüksek bulmuşlardır. Safarinejad (2006) ve Sidi ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmalarda da çocuk sayısı arttıkça cinsel fonksiyonun azaldığı belirlenmiştir. Bu durum çok doğum yapan kadının fiziksel olarak yorulması, yıpranması, kendine yeterli zaman ayıramaması, eşe ayrılan zamanın azalmasının yanı sıra meme kanseri olmanın getirdiği olumsuzlukların bir sonucu olarak da açıklanabilir. Ancak bu çalışma bulguları çocuk sayısının cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunu etkilemediğini gösterdi.

Bu çalışmada, araştırma kapsamında yer alan mastektomili (%72.7) ve kontrol grubu (%84.1) kadınların çoğu ev hanımıydı. Mastektomili grupta ev hanımı olanların cinsel yaşam kalitesi anlamlı olarak daha düşük olmakla birlikte çalışma durumunun cinsel yaşam kalitesini ve eş uyumunu etkilemediği de görüldü. Bulgularımıza benzer şekilde Acar (2009)'ın hasta ve kontrol grubunu karşılaştırdığı çalışmasında da örneklemin çoğu ev hanımı olup, mastektomili grupta çalışma durumunun cinsel işlevi etkilemediğini, Çalışkan (2009) mesleğin eş uyumunu değiştirmedini, Okanlı ve Ekinci (2008) ile Öncü (2008) de çalışan kadınların eş uyumu puanlarının yüksek olmakla birlikte çalışma durumunun eş uyumunu anlamlı bir şekilde etkilemediğini belirlemişlerdir. Tablo 6.8'de de görüldüğü gibi, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte çalışmayan mastektomili kadınlara göre çalışan mastektomili kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının yüksek bulunması, çalışma hayatının kadının hastalık ve tedavi/ler nedeniyle oluşan kayıplarını gidermesine destek sağlamasının ve benlik algısını yeniden kazanmasına yardımcı olmasının bir sonucu olabilir.

Mevcut çalışmada gelir düzeyinin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisi incelendiğinde; kontrol grubu kadınlarda gelir düzeyinin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunu etkilemediği görülürken, mastektomili kadınlarda geliri giderine denk/fazla olanlara göre geliri giderinden az olanların cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunun daha düşük olduğu görüldü. Bulgumuza benzer şekilde, Uçar (2008) düşük ve orta gelire sahip mastektomili kadınların eş uyumunun sağlıklı kadınlara göre daha düşük olduğunu, Acar (2009) gelir düzeyi yüksek olan meme kanserli kadınların cinsel işlevinin daha iyi olduğunu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını, Perez ve arkadaşları (2010) mastektomili kadınların gelir düzeyinin düşük olmasının cinsel yaşamı olumsuz etkilediğini, Elnashar ve arkadaşları (2007) gelir düzeyi orta/yüksek olan kadınlara göre gelir düzeyi düşük olanların daha fazla cinsel sorun yaşadığını bildirmişlerdir. Öncü (2008) ise gelir düzeyi düşük olan kadınların eş uyumunun daha yüksek olduğunu, Boehmer ve arkadaşları (2012) da gelir düzeyinin cinsel işlevi etkilemediğini tespit etmişlerdir. Mevcut çalışma sonuçları ve literatür verileri (Elnashar ve ark., 2007; Uçar, 2008; Acar, 2009; Perez ve ark., 2010) göz

önüne alındığında, gelir düzeyi yüksek olanlarda cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunun daha iyi olduğunun görülmesi, gelir düzeyinin iyi olmasının hastalık ve tedavi süreci ile maddi anlamda daha kolay baş etmelerindeki etkisinin bir sonucu olarak açıklanabilir.

Bu çalışmada her iki grupta da eşin mesleğinin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunu etkilemediği bulundu. Bununla birlikte Aygin ve Aslan (2008) çalışmalarında eşi emekli ve serbest meslek sahibi olan mastektomili kadınlara göre eşi memur olan kadınların cinsel işlevinin daha iyi olduğunu belirlemişlerdir. Aynı şekilde Acar (2009) tarafından yapılan çalışmada da eşleri memur olan kadınların cinsel işlevinin daha iyi olduğu belirlenmiş ve yazar bunun nedenini, düzenli bir işe sahip olma ve belirli bir ücrete göre hayatı planlama ile yaşama ilişkin daha az endişe duyulmasına bağlamıştır.

Bu çalışma bulguları mastektomili grupta kanser tanısı konulduktan ve ameliyat olduktan sonra geçen sürenin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunu etkilemediğini gösterdi. Bu bulgular, önceki çalışma sonuçlarını doğrulamaktadır (Huguhet ve ark., 2007; Uçar, 2008; Çalışkan, 2009). Bu durum, tanı konulduktan ve ameliyat olduktan sonra geçen ilk bir yıllık sürede hastalığı kabullenme ve tedavi sürecinin yoğunluğuna ve zamanla hastaların durumu kabullenip günlük yaşamlarına geri dönmesine bağlanabilir. Nitekim Acar (2009) da mastektomili kadınların tanı konulma ve ameliyat olma sürelerinin 1 yıl ve üstü olanlara göre 6 ay-1 yıl arasında olanların cinsel işlevinin daha kötü olduğunu belirlemiştir.

Cerrahi tedavi dışında uygulanan kemoterapi ve radyoterapinin cinsel işlevlere etkisi bilindiğinden çalışmanın yapıldığı sırada hormon tedavisi dışında tedavi alan mastektomili kadınlar çalışmaya alınmamıştır. Çalışmada mastektomili kadınlarda hormon tedavisinin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunu etkilemediği bulunmuş olup bu bulgu önceki çalışma sonuçları ile benzerdir (Berglund ve ark., 2001; Uçar, 2008; Çalışkan, 2009; Öztürk, 2013). Bununla birlikte hormon tedavisinin cinsel işlevi etkilediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Chedraui ve ark., 2011).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuç

Meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisinin incelendiği bu çalışma bulguları kontrol grubu kadınlara göre mastektomili kadınların cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunun düşük olduğunu ve her iki grupta cinsel yaşam kalitesinin eş uyumunu ya da eş uyumunun cinsel yaşam kalitesini etkilediğini gösterdi. Çalışmada mastektomili kadınların eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı ve geliri giderinden az olanların da cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunun daha düşük olduğu görüldü. Ayrıca mastektomili ev hanımlarının cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu; çalışma durumu, çocuk sayısı, kanser tanısı konulduktan ve ameliyattan sonra geçen sürenin, cerrahi girişim dışında uygulanan hormon tedavisinin ve eşin mesleğinin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumunu etkilemediği; eşin eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı bulundu.

8.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin mastektomili kadınların psikososyal gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeleri, bu doğrultuda bilgi vermeye, sosyal ve emosyonel destek sağlamaya odaklı hemşirelik girişimlerini uygulamaları önemlidir. Hemşirelerin düşük evlilik uyumu ve cinsel yaşam kalitesi riskini değerlendirmeleri, evlilik danışmanlığı veya mastektomi sonrası eş danışmanlığı gibi çeşitli girişimlere çiftleri yönlendirmeleri gereklidir. Ayrıca konuya ilişkin kapsamlı çalışmaların yapılması önerilir.

9. KAYNAKLAR

Abasher SM. Sexual health issues in Sudanese women before and during hormonal treatment for breast cancer. *Psychooncology*. 2009;18:858-865.

Acar A. Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serpil Türkleş).

Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *J Breast Health*. 2015;11:31-38.

Açıl HC. Meme Koruyucu Cerrahi Uygulanan Hastalarla Modifiye Radikal Mastektomi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. İkbâl Çavdar).

Akbulut H. Mikro Ribonükleik Asitlerin Meme Kanseri Multisentrisiteyi Öngörmedeki Yeri. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Yeliz Emine Ersoy).

Akça M. Meme Kanseri Nedeni İle Cerrahi Tedavi Yapılmış Hastalarda Tedavinin Yaşam Kalitesi, Psikolojik, Sosyal ve Cinsel Yaşam Üzerine Olan Etkileri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2011, Mersin (Danışman: Prof. Dr. Ali Arıcan).

Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2012;8(4):191-199.

Aker S, Öz H, Tunçel EK. Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. J Breast Health. 2015;11:115-122.

Akyolcu N. Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4(2):77-83.

Akyolcu N, Uğraş GA. Kendi kendine meme muayenesi: erken tanıda ne kadar önemli? Meme Sağlığı Dergisi. 2011;7(1):10-14.

Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. Eur J Cancer. 2000;36:1938-1943.

Alkaç İM. Üçlü Negatif Meme Kanseri (ÜNMK) Tedavisinde, AZD7762 İlacına Karşı Hassaslığın RBFOX2 Gen Ekspresyonu İle Araştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Burçak Vural).

Arıkan RN. Travmatik bir yaşantı: Meme kanseri ve mastektomi. Kriz Dergisi. 2000;9(1):39-46.

Aslan Ö. Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(1):15-28.

Aslan S. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu Olgularının 10 Yıllık Analizi ve Breast-Q Onarım Modülü Testi İle Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2014, Mersin (Danışman: Prof. Dr. Şakir Ünal).

Atalay C. Her2 pozitif meme kanserine cerrahi yaklaşım nasıl olmalı? Meme Sağlığı Dergisi. 2010;6(1):1-4.

Avis NE, Crawfordb S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. Psychooncology. 2004;13(5):295-308.

Aygin D. Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Yaşam Durumunun Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Fatma Eti Aslan).

Aygin D, Aslan FE. Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4(2):105-114.

Aygin D, Durat G. Meme kanserli kadınlarda cinsel sorunlar ve yaklaşım. Androloji Bülteni. 2005;23:352-354.

Bartula I, Sherman KA. Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: systematic review and recommendations. Breast Cancer Res Treat. 2013;141(2):173–185.

Baum M. Adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with early breast cancer: where are we now? Eur J Cancer. 2005;41(12):1667-1677.

Berglund G, Nystedt M, Bolund C, Sjöden PO, Rutquist LE. Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomised study. J Clin Oncol. 2001;19(11):2788–2796.

Biçer A. Mastektomi Sonrası Meme Onarımlarının Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Parametreler. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H. Hülya Aydın).

Bilgiç Ş. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Rengin Acaroğlu).

Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: hekime düşen görev. İst Tıp Fak Derg. 2008;71:22-26.

Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. J Clin Oncol. 2006;24(18):2815-2821.

Boehmer U, Timm A, Ozonoff A, Potter J. Explanatory factors of sexual function in sexual minority women breast cancer survivors. Ann Oncol. 2012;23(11):2873-2878.

Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. Breast Cancer Res Treat. 2002;75(3):241-248.

Campos SM, Winer EP. Hormonal therapy in postmenopausal women with breast cancer. Oncology. 2003;64(4):289-299.

Canbulat N. Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Özge Uzun).

Cleator S, Heller W, Coombes RC. Triple-negative breast cancer: therapeutic options. Lancet Oncol. 2007;8(3):235-244.

Chedraui P, Perez-Lopez FR, Mezones-Holguin E, San Miguel G, Avila C. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas*. 2011;68(4):387-390.

Çalıkapan M. Meme Kanserinde Prognostik Faktörlerin Hastanemiz Olgu Serisindeki Sağkalıma Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2004, İstanbul (Danışman: Op. Dr. Selahattin Vural).

Çalışkan İ. Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz).

Çam O, Gümüş AB. Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;10(3):52-60.

Çam O, Saka Ş, Gümüş AB. Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009;5(2):73-81.

Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2006;2(2):64-66.

Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canbolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*. 2004;72(1):52-57.

Çoban V. Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Sivas (Danışman: Doç. Dr. Zehra Gölbaşı).

Doğan Y. Mastektomi Sonrası Ertelenmiş Eş Zamanlı Meme Onarımında Radyoterapinin Onarım Başarısı ve Kozmetik Sonuçlar Üzerine Etkileri. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Burcu Çelet Özden).

Duygulu G. Cerrah Tedavi Planlamasında Meme Manyetik Rezonans Görüntülemenin Etkinliğinin Araştırılması. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ayşenur Oktay).

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Favourable and unfavourable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2000;355(9217):1757-1770.

Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG*. 2007;114(2):201-206.

Enache RG. The relationship between anxiety, depression and self-esteem in women with breast cancer after surgery. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012;33:124–127.

Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*. 2004;10(3):223-231.

Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradamlar N. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2005;18(2):72-81.

Fadıloğlu , Yeşilbalkan U. Meme anatomisi ve fizyolojisi. Editörler: Fadıloğlu , Yeşilbalkan U, Yıldırım Y. İçinde: Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevi Ltd. şti., Adana; 2011, s:1-6.

Fallbjörk U, Karlsson S, Salander P, Rasmussen BH. Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncol.* 2010;49(2):174–179.

Fışıloğlu H, Demir A. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 2000; 16(3): 214-218.

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.

Gallo-Silver L. The sexual rehabilitation of persons with cancer. *Cancer Practice.* 2000;8(1):10-15.

Garip M. Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta zerindeki Etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Orhan nal).

Gençtürk N. Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi.* 2013;9(1):5-9.

Göktaş SB. Meme Kanserinde Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Deniz Şelimen).

Gölbası Z, Çetin R, Kalkan S, Durmuş T. Üniversite öğrencisi kızların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve davranışları. Meme Sağlığı Dergisi. 2010;6(2):69-73.

Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;1:68-79.

Gümüş AB. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi. 2006;2(3):108-114.

Güner İC. Meme kanseri ve eşlerin desteği. Gaziantep Tıp Dergisi. 2008;46-49.

Haydaroğlu A, Kamer S, Yalman D, Özsaran Z, Dubova S, Aras A, Bölükbası Y, Yılmaz R. Mastektomi sonrası adjuvan radyoterapi: 1494 olgunun değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2006;2(2):77-84.

Hogle WP, Quinn AE, Heron DE. Advances in brachytherapy: new approaches to target breast cancer. Clin J Oncol Nurs. 2003;7(3):324-328.

Huguhet P, Gurgel MSC, Pinto-Neto A, Osis M, Moraes S. Sexuality and quality of life in breast cancer survivors in Brazil. Breast J. 2007;13(5):537-538.

Hutson SP. Attitudes and psychological impact of genetic testing, genetic counseling, and breast cancer risk assessment among women at increased risk. Oncol Nurs Forum. 2003;30(2):241-246.

İbrahim NA, Odusanya OO. Knowledge of risk factors, beliefs and practices of female healthcare professionals towards breast cancer in a tertiary institution in Lagos, Nigeria. BMC Cancer. 2009;9:76.

İlhan N, Çöl AG, Tanboğa E, Şengül A, Batmaz M. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları. J Breast Health. 2014;10:147-153.

Kabataş MS, Kızıl H, Duman D. Bayan öğretmenlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2010;6(4):150-155.

Kadıoğlu H. Yetişkin ve Akran Liderli Cinsel Eğitimin İlköğretim 8.Sınıf Öğrencilerinin Cinsellikle İlgili Bilgi ve Tutumları Üzerindeki Etkileri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Ayşe Yıldız).

Karakaya B. Meme, Tiroid, Kolorektal Ve Over Kanseri Nedeni İle Cerrahi Uygulanmış Kadın Hastalarda Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2014, Konya (Danışman: Doç. Dr. Özlem Ata).

Karakoyunlu FB, Öncel S. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2014;6(2):63-74.

Karayurt Ö. Meme kanserinde birincil korunma ve hemşirenin rolü. Editörler: Fadiloğlu Ç, Yeşilbalkan ÖU, Yıldırım Y. İçinde: Meme Kanseri Hastaya Yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti., Adana; 2011, s: 31-39.

Koçan S. Mastektominin Kadınların Beden İmajına Etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Trabzon (Danışman: Doç. Dr. Ayla Gürsoy).

Koçalış S, Cerrahi Girişim Sonrası Radyoterapi Alan Erken Evre Meme Kanserli Kadınlarda Konfor Düzeyi. İ.Ü. Florence Nigthingale HYO, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu).

Le T, Hopkins L, Fung Kee Fung M. Quality of life assessments in epithelial ovarian cancer patients during and after chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15(5):811–816.

Marangoz Ç. Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ayten Demir Zencirci).

Meral H. Meme Kanserli Hastaların Mastektomi Sonrası Komplikasyonları ve Risk Faktörleri. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2009, Trabzon (Danışman: Prof. Dr. Burhan Pişkin).

Mete HE, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi*. 2001;4:184-191.

Neto MS, de Aguiar Menezes MV, Moreira JR, Garcia EB, Abla LE, Ferreira LM. Sexuality after breast reconstruction post mastectomy. *Aesthetic Plast Surg*. 2013;37(3):643-647.

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.

Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. İnsan Bilimleri Dergisi. 2004;1(1):1-6.

Öncü HK. Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanserli Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu İle Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi. O.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Samsun (Danışman: Yard. Doç. Dr. İlknur Aydın Avcı).

Özberksoy A. Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. Türkan Özbayır).

Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(2):60-64.

Özmete S. Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanserli Hastaların Erken Dönem Sonuçları. Çukurova Üniversite Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2007, Adana (Danışman: Prof. Dr. Alper Akınoğlu).

Öztürk D. Mastektomi Sonrası Uygulanan Meme Rekonstrüksiyonunun Kadının Cinsel Yaşamı Üzerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu).

Parlar S, Kaydul N, Ovaoglu N. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(1):72-83.

Perez M, Liu Y, Schootman M, Aft RL, Schechtman KB, Gillanders WE, Jeffe DB. Changes in sexual problems over time in women with and without early-stage breast cancer. *Menopause*. 2010;17(5):924-937.

Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2008;110(1):9-17.

Rowland JH, Meyerowitz BE, Crespi CM, Leedham B, Desmond K, Belin TR, Ganz PA. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat*. 2009;118(1):99–111.

Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res*. 2006;18(4):382-395.

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. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15(4):264-275.

Shands ME, Lewis FM, Sinsheimer J, Cochrane BB. Core concerns of couples living with early stage breast cancer. *Psychoonkology*. 2006;15(12):1055-1064.

Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med*. 2007;4(2):311-321.

Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: a new scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal Of Marriage and The Family*. 1976;38(1):15–28.

Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of questionnaire on sexual quality of life in women. J Sex Marital Ther. 2005;31(5):385-97.

Şen S, Başar F. Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi. 2012;8(4):185-190.

Şeren EE. Meme Kanserinde Kemoterapi Alan Hastalarda Bilgilendirmenin Stres Düzeyine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayça Gürkan).

Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Tıp Derg. 2010;32:172-180.

Turna H. Erken evre meme kanserinde adjuvan kemoterapi ve hormonal tedavi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Meme Kanseri Sempozyum Dizisi. 2006;54:105–109.

Tümentemur V. Orta Karadeniz Bölgesinde Meme Kanseri Tespit Edilen Kadınlarda Mamografik Yoğunluk ile Meme Kanseri ve Tümör Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. O.M.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2014, Samsun (Tez Danışman: Prof. Dr. Necati Özen).

Uçar T. Meme Kanseri Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Malatya (Danışman: Doç. Dr. Özge Uzun).

Uzun G. Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri İle

İlişkisinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).

Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2004;13(4):260-268.

Wenzel LB, Fairclough DL, Brady MJ, Cella D, Garrett KM, Kluhsman BC, Crane LA, Marcus AC. Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*. 1999;86(9):1768-1774.

Vahabi M. Breast cancer screening methods: a review of the evidence. *Health Care Women Int*. 2003;24(9):773-793.

Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, Cronin WM, Cecchini RS, Atkins JN, Bevers TB, Fehrenbacher L, Pajon ER, Wade JL 3rd, Robidoux A, Margolese RG, James J, Runowicz CD, Ganz PA, Reis SE, McCaskill-Stevens W, Ford LG, Jordan VC, Wolmark N; National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. Update of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 Trial: Preventing breast cancer. *Cancer Prev Res*. 2010;3(6):696-706.

Vural G. Meme kanseri, beden imajı, cinsel sorunlar ve fertilité. Editörler: Fadıloğlu Ç, Yeşilbalkan ÖU, Yıldırım Y. İçinde: Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti., Adana; 2011, s: 115-121.

Yıldırım S. Kemoterapi Alan Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Yan Etkilerin Beslenme Eğitimi Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Zonguldak (Danışman: Doç. Dr. Ali Uğur Emre).

10. EKLER

EK 1. Mastektomili Kadın Tanıtıcı Özellikler Formu

EK 2. Kontrol Grubu Kadın Tanıtıcı Özellikler Formu

EK 3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)

EK 4. Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

EK 5. Etik Kurul İzni

EK6. Kurum İzni

EK 7. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Kullanım İzni

EK 8. Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Kullanım İzni

EK 9. Mastektomili Kadınlar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 10. Kontrol Grubu Kadınlar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 11. Özgeçmiş

EK 1. Mastektomili Kadın Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu araştırma meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışma sonuçlarının güvenilirliği açısından tüm soru ve yönergeleri cevaplamanız rica olunur. Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi
Sibel TELLİ

1. Yaşınız:.....
2. Eğitim durumunuz: 1. () Okur-yazar değil 2. () Okur-yazar 3. () İlköğretim
4. () Ortaöğretim 5. () Yükseköğretim 6. () Lisansüstü
3. Mesleğiniz: 1. () Ev hanımı 2. () İşçi 3. () Memur
4. () Serbest meslek 5. () Diğer.....
4. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?
1. () Evet 2. () Hayır
5. Sizce ailenizin gelir durumu nasıl?
1. () Geliri giderinden az 2. () Geliri giderine denk 3. () Geliri giderinden fazla
6. Eşinizin yaşı:...
7. Eşinizin eğitim durumu:
1. () Okur-yazar değil 2. () Okur-yazar 3. () İlköğretim
4. () Ortaöğretim 5. () Yükseköğretim 6. () Lisansüstü
8. Eşinizin mesleği: 1. () İşçi 2. () Memur
3. () Serbest meslek 4. () Diğer.....
9. Kaç yıllık evlisiniz/birliktesiniz?:.....
10. Çocuğunuz var mı?
1. () Hayır 2. () Evet (kaç tane).....
11. Ne kadar süre önce meme kanseri tanısı konuldu?yıl.....ay
12. Ne kadar süre önce ameliyat oldunuz?yıl.....ay
13. Cerrahi girişim dışındaki size uygulanan tedavi / tedaviler nelerdir?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
1. () Kemoterapi 2. () Radyoterapi 3. () Hormon tedavisi
14. Bu hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı? (lütfen yazınız)
.....
.....
15. Sürekli kullandığınız ilaç / ilaçlar var mı? (lütfen yazınız)
.....
.....

EK 2. Kontrol Grubu Kadın Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu araştırma meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışma sonuçlarının güvenilirliği açısından tüm soru ve yönergeleri cevaplamanız rica olunur. Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi
Sibel TELLİ

1. Yaşınız:.....
2. Eğitim durumunuz: 1. () Okur-yazar değil 2. () Okur-yazar 3. () İlköğretim
4. () Ortaöğretim 5. () Yükseköğretim 6. () Lisansüstü
3. Mesleğiniz: 1. () Ev hanımı 2. () İşçi 3. () Memur
4. () Serbest meslek 5. () Diğer.....
4. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?
1. () Evet 2. () Hayır
5. Sizce ailenizin gelir durumu nasıl?
1. () Geliri giderinden az 2. () Geliri giderine denk 3. () Geliri giderinden fazla
6. Eşinizin yaşı:...
7. Eşinizin eğitim durumu:
1. () Okur-yazar değil 2. () Okur-yazar 3. () İlköğretim
4. () Ortaöğretim 5. () Yükseköğretim 6. () Lisansüstü
8. Eşinizin mesleği: 1. () İşçi 2. () Memur
3. () Serbest meslek 4. () Diğer.....
9. Kaç yıllık evlisiniz/birliktesiniz?:.....
10. Çocuğunuz var mı?
1. () Hayır 2. () Evet (kaç tane).....

EK 3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)

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

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

EK 4. Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?

	Hiçbir zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki defa	Günde bir defa	Her zaman
25. Teşvik edici fikir alışverişlerinde bulunmak						

.....

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki “mutlu” birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

- Aşırı mutsuz Oldukça Az mutsuz Mutlu
Oldukça mutlu Aşırı mutlu Tam anlamıyla mutlu

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Hürol Fıfşılıoğlu, ODTÜ Psikoloji Bölümü, Ankara.

EK 5. Etik Kurul İzni

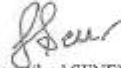


T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Cinsel Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç.Dr. Aysel GÖRKAN
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Sibel TELLİ
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 28.03.2016-4

Sayın Doç.Dr. Aysel GÖRKAN


237 protokol nolu "Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Cinsel Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.


Prof. Dr. Gürkel ŞENER
Komisyon Başkanı


Yrd.Doç.Dr. Pinar MEGA TIBER


Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Prof. Dr. Hülya AŞÇI

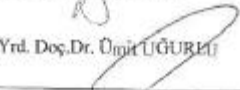

Prof. Dr. S. Uluk YURDALAN

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Doç. Dr. Nefise BAHÇEÇİK


Doç. Dr. Tolga GÜVEN

Doç. Dr. Hakkı ARIKAN


Yrd. Doç. Dr. Ümit UĞURELİ


Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN

EPOM
Etik Kurulunun
Logosu

EUROPEAN
UNIVERSITY

IPV

ISTANBUL

Marmara Üniversitesi Etik Kurulunun
Kuruluşu Sağlık Bakanlığı
Emirhan 34488 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (316) 414 44 25/12 (Faks)
0 (316) 414 44 23

http://www.marmara.edu.tr
http://etik.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:
AYŞE KARA

EK 6. Kurum İzni



İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ-
BAKIRKÖY İDARI HİZMETLER BAŞKANI LI
2048/2046/08 16 - 9077307 - 772.02 - E.12159



802101712

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/772.02
Konu : Araştırma İzni Hk (Sibel TELLİ)

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Marmara Üniversitesi Göztepe Kampüsü 34722 Kadıköy/İstanbul)

İlgi: 13/04/2016 tarihli ve 1600095081 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Sibel TELLİ'nin, "Meme Kanseri Kadınlar da Mastektominin Cinsel Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 16.05.2016 tarihinde gerçekleştirilen 2016/3 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

Gereğini arz ederim.

Dr. Celal ŞAHİN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK 7. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Kullanım İzni

Kimden: **nilüfer tuğut** (nlfrtugut@gmail.com)

Gönderme tarihi: 07 Ekim 2015 Çarşamba 08:46:15

Kime: sibel_telli_@hotmail.com

📎 2 ek | [Tümünü zip olarak indir](#) (860,3 KB)

[cinsel yaşam kalitesi ölçeği.pdf](#) (811,5 KB) [Çevrimiçi göster](#) , [cinsel yaşam kalite ölçeği.doc](#) (48,8 KB) [Çevrimiçi göster](#)

Güvenliğiniz için bu iletinin bazı kısımları engellendi.

[İçeriği göster](#) | nlfrtugut@gmail.com adresine güveniyorum. İçeriği her zaman göster.

Sevgili Telli

Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz. makale ve ölçek ekte.

İyi çalışmalar

--

Yrd. Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT

Cumhuriyet Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

58140, Sivas

EK 8. Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Kullanım İzni

Re: "Çiftler Uyum Ölçeği"



Hürol Fişiloğlu

Kime: sibel telli <sibel_telli@hotmail.com>

Belgeler

14.10.2015 10:02 tarihinde yanıt verdiniz.



DAS kullanım izni.doc
30 KB



Paylaşma bilgisi.docx
11 KB

2 ekin (41 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhaba,

Çalışmanızda şimdiden başarılar diliyorum. Ekli dosyadaki bilgilere yanıtınızı rica ediyorum. Yanıtınıza göre gerekeni yapacağım.

Saygılarımla

11.10.2015 00:14 tarihinde sibel telli yazdı:

Merhaba Hürol Bey,

Ben Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Çiftler Uyum Ölçeği" ni kullanmak istiyorum. Geri dönüş yaparsanız sevinirim.

İyi çalışmalar. İyi günler...

--

Prof. Dr. Hürol Fişiloğlu
ODTÜ/Middle East Technical University
Psikoloji Böl./Department of Psychology
06531 Ankara
Türkiye/Turkey

Tel./Phone: +90 312 210 51 15
Fax: +90 312 210 79 75

EK 9. Mastektomili Kadınlar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Mastektomili Kadınlar İçin Bilgilendirme Formu

“Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Cinsel Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi” isimli araştırma ile meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma kapsamında sizden, tanıtıcı özelliklerinizi belirlemek amacıyla oluşturulmuş “Mastektomili Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu” ile “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Çiftler Uyum Ölçeği”nde yer alan soruları yanıtlamanız istenmektedir. Bu formları doldurmanız ortalama 10 dakikanızı alacaktır.

Araştırmaya katılanların kimlikleri açıklanmayacak olup, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve onay verenler dahil edilecektir. Toplanan veriler sadece bu araştırma için kullanılacak olup araştırmaya katılmanın size herhangi bir yarar ya da zararı bulunmamaktadır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmayı kabul etmiş olsanız dahi araştırmanın herhangi bir kısmında hiçbir yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan çekilebilirsiniz.

Çalışma verileri herhangi bir yayın ya da raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili her türlü soruyu aşağıdaki kimliği ve iletişim bilgileri bulunan araştırmacıya istediğiniz zaman sorabilirsiniz.

Araştırmacının;

Sibel Telli 05397204072

Mastektomili Kadınlar İçin Onay Formu

Araştırmacılar Sayın Doç. Dr. Aysel GÜRKAN ve Sibel TELLİ tarafından Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında araştırmanın yapılacağı belirtilerek, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

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

Araştırmacının;

Sibel Telli 05397204072

Gönüllünün

Adı Soyadı

İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no,...)

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı Soyadı

İmzası

Görevi

EK 10. Kontrol Grubu Kadınlar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Kontrol Grubu Kadınlar İçin Bilgilendirme Formu

“Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Cinsel Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi” isimli araştırma ile meme kanserli kadınlarda mastektominin cinsel yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma kapsamında sizden, tanıtıcı özelliklerinizi belirlemek amacıyla oluşturulmuş “Sağlıklı Kadınların Tanıtıcı Özellikler Formu” ile “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Çiftler Uyum Ölçeği”nde yer alan soruları yanıtlamanız istenmektedir. Bu formları doldurmanız 10 dakikanızı alacaktır.

Araştırmaya katılanların kimlikleri açıklanmayacak olup, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve onay verenler araştırmaya dahil edilecektir. Toplanan veriler sadece bu araştırma için kullanılacak olup araştırmaya katılmanın size herhangi bir yarar ya da zararı bulunmamaktadır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmayı kabul etmiş olsanız dahi araştırmanın herhangi bir kısmında hiçbir yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan çekilebilirsiniz.

Çalışma verileri herhangi bir yayın ya da raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili her türlü soruyu aşağıdaki kimliği ve iletişim bilgileri bulunan araştırmacıya istediğiniz zaman sorabilirsiniz.

Araştırmacının;

Sibel Telli 05397204072

Kontrol Grubu Kadınlar İçin Onay Formu

Araştırmacılar Sayın Doç. Dr. Aysel GÜRKAN ve Sibel TELLİ tarafından Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında araştırmanın yapılacağı belirtilerek, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

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

Araştırmacının;

Sibel Telli 05397204072

Gönüllünün

Adı Soyadı

İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no,...)

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı Soyadı

İmzası

Görevi

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	SİBEL	Soyadı	TELLİ
Doğum Yeri	BAKIRKÖY	Doğum Tarihi	18.08.1992
Uyruğu	T.C	Tel	05397204072
E-mail	sibel_telli@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Devam ediyor
Lisans	Marmara Üniversitesi	2014
Lise	Mahmutbey Lisesi	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Acil Servis Hemşiresi	Koç Üniversitesi Hastanesi	2014 – devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	ORTA	ZAYIF	ZAYIF

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	75	74	64

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MICROSOFT OFFİCE	İYİ
SPSS PROGRAMI	ZAYIF

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Uluslararası Kongrelerde Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Konal E, Telli S, Kadioğlu H, Karaca S. The relationship between Alexithymia and Burnout, anger somatization in a sample of Turkish nurses. 6 th International FOHNEU Congress, 16-18 March, Rotterdam, 2016.

