



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ NEDENİ İLE CERRAHİ TEDAVİ
YAPILMIŞ HASTALARDA TEDAVİNİN YAŞAM KALİTESİ,
PSİKOLOJİK, SOSYAL VE CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE
OLAN ETKİLERİ

Dr. Mustafa AKCA
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ali ARICAN

MERSİN – 2011



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ NEDENİ İLE CERRAHİ TEDAVİ
YAPILMIŞ HASTALARDA TEDAVİNİN YAŞAM
KALİTESİ, PSİKOLOJİK, SOSYAL VE CİNSEL YAŞAM
ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Dr. Mustafa AKCA
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ali ARICAN
MERSİN – 2011

TEŐEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında; çalıŐma sűresince ve yazım aŐamasında yapıcı ve bilimsel eleŐtirilerini esirgemeyen tez danıŐmanım olan Sayın Prof. Dr. Ali ARICAN'a, araŐtırma gűrevliliĐim sűresince tűm sorunlarımıza anlayıŐla yaklaŐan, bilgi ve birikimlerini bizden esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Orhan SEZĐİN'e, Sayın Prof. Dr. Esen AKBAY'a, Sayın Prof. Dr. Kamuran KONCA'ya, Sayın Doç. Dr. Ahmet Alper KIYKIM'a, Sayın Doç. Dr. Engin ALTINTAŐ'a, Sayın Doç. Dr. E. Naci TİFTİK'e, Sayın Doç. Dr. Kerem SEZER'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Fehmi ATEŐ'e sonsuz teŐekkűrlerimi sunarım.

Bu tezin hazırlanmasında yardımcı olan asistan arkadaşlarıma, rotasyonlarım sırasında eğitimime katkılarından dolayı hocalarım Sayın Prof. Dr. Ahmet İLVAN' a, Sayın Prof. Dr. Bahar UlubaŐ'a, Sayın Prof. Dr. Ali KAYA' ya, Sayın Prof. Dr. Gűkhan CİN' e, Sayın Prof. Dr. UĐur ATİK' e teŐekkűrű borç bilirim.

Hayatımın her anında bitmeyen destekleri ve verdikleri cesaretleriyle varlıklarını hep yanımda hissettiğim aileme teŐekkűr ederim.

Hayatımın bir dűnemini paylaŐtıĐım, asistanlık yıllarımda iyi ve kűtű anlarında yanımda olan tűm dostlarıma ve benimle aynı yolda yűrűyen hekim arkadaşlarıma teŐekkűr ederim.

Dr. Mustafa AKCA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ ve AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	9
Meme Kanseri	9
Meme Anatomisi	9
Vasküler Yapı	9
Sinirler	10
Lenfatikleri	10
Meme Fizyolojisi	11
Meme Kanseri Epidemiyolojisi	12
Klinik	13
Risk Faktörleri	13
Kendi Kendine Meme Muayene	14
Klinik Bulgular ve Tanı	15
Radyoloji	15
Meme Kanserinde Evreleme	17
Tedavi	21
Meme Koruyucu Cerrahi	22
Basit Mastektomi	22
Modifiye Radikal Mastektomi	23
Radyoterapi	24
Hormonoterapi	24
Kemoterapi	25
Yaşam Kalitesi	26
Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi	28
GEREÇ ve YÖNTEMLER	32
EORTC QLQ-C30	33
EORTC QLQ-BR23	35

BULGULAR	36
TARTIŞMA	52
SONUÇLAR ve ÖNERİLER	58
KAYNAKLAR	60
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	69
TABLolar DİZİNİ	70
EKLER	71

EK-1: Hasta bilgileri

EK-2: EORTC QLQ-C30 anket formu

EK-3: EORTC QLQ-BR23 anket formu

EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ÖZET

Meme Kanseri Nedeni ile Cerrahi Tedavi Yapılmış Hastalarda Tedavinin Yaşam Kalitesi, Psikolojik, Sosyal ve Cinsel Yaşam Üzerine Olan Etkileri

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olması yanında cinselliği sembolize eden bir organı da etkilemesi nedeniyle cinsellik, psikososyal ve yaşam kalitesi yönünden birçok çalışmaya konu olmuştur. Çalışmamızın amacı; meme kanseri nedeni ile opere edilmiş, kadın hastalarımızın EORTC QLQ-C30 (European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life QLQ-C30) ve EORTC QLQ-BR23 (meme kanseri) anketleri ile ameliyat sonrası psikososyal, cinsel yaşam ve genel yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir.

Çalışmamızda hastaların verdiği cevaplara göre yaşam kalitesi; ameliyat tipleri, hastalığın evresi ve yaş grubuna göre karşılaştırıldı. Çalışmaya 28-55 (47.4±6.4) yaş arası 250 kadın hasta (MRM:194, BM:29, MKC:27) dahil edildi. Ameliyat tipine göre; her iki ankette de (genel iyilik hali, fiziksel-rol-bilişsel-ruhsal-sosyal fonksiyonlar ve semptom ölçeklerinde) Meme Koruyucu Cerrahi (MKC) yapılanların, Modifiye Radikal Mastektomi (MRM) ve Basit Mastektomi (BM) yapılanlara göre olumlu etkilendiği, ayrıca MKC yapılanların da aynı parametrelerde mastektomi (BM+MRM)'ye göre olumlu etkilendikleri gözlemlendi. Hastaların vücut görüntüsü, cinsel fonksiyon ve doyum, hastalık tekrarlama korkusu, meme ve kol semptomlarında MKC'nin diğer ameliyat şekillerine göre daha olumlu etkilediği gözlemlendi. Hastalığın evrelerine göre ise; beklendiği gibi evre III olanların daha olumsuz etkilendiği bulundu. Genç gruptaki hastaların diğer gruplara göre cinsel açıdan olumsuz etkilendikleri gözlemlendi.

Sonuç olarak; bulgularımız MKC yapılan hastaların daha az olumsuz etkilendikleri, tedavi yöntemlerine hekim ve ailenin hasta ile beraber karar vermesinin uygun olacağını, mümkünse rekonstrüktif cerrahinin düşünülmesinin hastanın yaşam kalitesine olumlu etki yapacağını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, mastektomi, yaşam kalitesi, cinsel yaşam, psikososyal değişiklikler

ABSTRACT

The effects of treatment on psychosocial and sexual life as well as on quality of life in patients with breast cancer who underwent to surgical therapy

Besides being the most seen cancer in women, breast cancer affects an organ which symbolises sexuality. In this sense it has been subject to the many studies investigating the sexual, psychosocial lives and quality of lives of the patients. Our study's aim is to assess the psychosocial and sexual lives along with general quality of life with the EORTC QLQ-C30 (European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life) and EORT QLQ BR23 questionnaires in patients with operation history due to breast cancer.

According to the replies given by the patients, quality of life was compared with the types of the operation, stages of the disease and with the age. Totally 250 women with ages ranging from 28-55 (47.6 ± 6.4) were recruited (MRM: 194, SM:29, BCS: 27). Patients with BCS were more positively affected as compared to BCS and BM in terms of (general well-being and physical-role-cognitive-psychological-social functions and symptom scales), moreover patients who underwent BCS were also found to be more positively affected when compared with mastectomy (SM+MRM) in terms of same parameters. In subjects with BCS, body image, sexual functions and satisfaction, recurrence fear of the disease, breast and arm symptoms were detected to be positively affected. When stage of the disease was taken under consideration, stage III subjects were found to be negatively affected. Young group of patients were negatively affected in the sense of sexual function as compared to other groups.

Finally, as a result our findings reveal that patients with BCS seems to be more positively affected and the choice of treatment should be taken not only with cooperation of the physician and the patient but also with the family, our findings also reveal that reconstruction surgery makes more positive effect to the quality of life of the subject.

Keywords: Breast cancer, mastectomy, quality of life, sexual life, changes in psychosocial

GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri, tüm kanserler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada iken kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Meme kanserine bağlı ölümler ise tüm kanser ölümleri arasında 3. sırada yer almaktadır.¹ Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi'nin açıkladığı verilere göre meme kanserinin 2005 yılı insidansı 35/100 bin olarak açıklanmış ve meme kanserinin kadınlarda en sık görülen kanser olduğu belirtilmiştir.²

Tanı ve tarama yöntemlerindeki gelişmeler ve hastaların bilinçlenmesi sayesinde meme kanseri artık daha erken evrelerde teşhis edilip, tedavi edilmektedir.³ Meme kanseri ile ilgili bilgi ve birikimlerin artması ve adjuvan tedavilerin hızla gelişmesi ile cerrahi tedavide önemli değişiklikler olmuştur. Primer meme kanserinin prognozu hastadan hastaya değişmektedir. Bazı hastalar gelişen metastaza rağmen uzun yıllar yaşamakta iken bazı hastalarda agresif, progresif ve tedaviye yanıtız olabilmektedir.⁴

Kişinin vücut görünümünü veya vücut parçasının fonksiyonunu bozan ameliyatların özellikle yüz, memeler, genital organlar ve üreme organlarına yönelik cerrahi girişimlerin kadının vücut algısı, yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerinde derin ruhsal etkileri olmaktadır.⁵ Bu bağlamda; kadının varoluşu, çevresi ile iletişimi, üretkenliği ve cinselliği açısından vücut görüntüsü büyük önem taşır. Meme kanseri sonucu mastektomi uygulanan kadınlar kendilerini eksik, özürlü, cinsel yönden yetersiz ve yalnız olarak algılanması gibi psikolojik sorunlar yaşamakta, günlük yaşamları bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Mastektomi sonrası en sık karşılaşılan sorunlar, anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, korku ve sosyal izolasyondur.⁶

Yaşam kalitesi, bireylerin kültürel yapısı içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanır.⁷

Ülkemizde meme kanserli hastalarda uygulanan mastektominin kişide fiziksel, sosyal, psikolojik rahatsızlıklar yarattığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir.⁸

Kanser hastaları için kullanılan formlar içerisinde Karnofsky skorlaması, Linear Analogue Self Assessment, Short Form 36(SF-36), ECOG gibi genel hali

sorgulama formları yanında, European Organisation for the Research and Treatment of Cancer (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi) QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30), Functional Assesment of Cancer Therapy-General (FACT-G), Visual Analogue Scale-Cancer (VAS-C) gibi kanser hastalarına yönelik anket formları oluşturulmuştur. EORTC QLQ de ayrıca kanser tiplerine gore de form oluşturulmuştur. Örneğin; EORTC QLQ-BR 23 (meme kanseri), QLQ-CR38 (Kolorektal kanser), QLQ-HN35 (baş-boyun kanseri) v.b.⁹

EORTC QLQ-C30 anket formunda 30 adet soru ve EORTC QLQ-BR23 anket formunda 23 adet soru bulunmaktadır. Her sorunun cevap seçenekleri (1-hiç, 2-biraz, 3-oldukęa, 4-ęok) şeklindedir.

Bu ęalıřmanın amacı; meme kanserinin tedavisinde cerrahi yöntemlerden olan mastektomi ve MRM sonrasında hastaların yaşam kalitesi, sosyal, psikolojik ve cinsel yaşam değişikliklerin EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-BR23 anket formlarının kullanılarak araştırılmasıdır.

GENEL BİLGİLER

Meme Kanseri

Meme kanseri, tüm kanserler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada iken kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. ABD'de 2008 verilerine bakıldığında meme kanseri yıllık görülme sıklığı 190 bin olduğu görülmektedir. ABD verilerine göre yıllık kanser insidansı 1,5 milyon, kansere bağlı ölüm rakamının ise 500 bin civarında olduğu açıklanmıştır. Meme kanserine bağlı ölümler ise tüm kanser ölümleri arasında 3. sırada yer almaktadır. Ömür boyu kadınlarda meme kanseri görülme riski ortalama %12 ve ölüm riski %5'tir.¹

Meme Anatomi

Meme reproduktif sistemin fonksiyonel yönden bir parçası olmakla beraber yapı ve gelişim açısından deriye bağlı bir çeşit apokrin bezdir. Meme üç temel yapıdan oluşur; cilt, cilt altı yağ dokusu ve meme dokusudur. Erişkin kadın memesi ikinci kaburga ile altıncı kaburga arasına yerleşmiştir. Medial sınırı sternum kenarında, lateral sınırı orta ve ön aksiler hattadır.

Meme göğüs ön duvarında yüzeysel fasya içerisinde yer alır. Cooper ligamentleri cilt ile yüzeysel fasyanın yüzeysel tabakası arasında uzanan ve meme parankimini saran, yönleri cilde dik olan ve meme dokusunu septalara ayıran fibröz bantlardır. Cooper ligamentlerinin klinik önemi malign tümörlerle infiltrasyon olması ya da herhangi bir nedenle gelişen fibrozis nedeniyle kısılması, deride karakteristik içeri çekilmeye neden olmasıdır (Portakal kabuğu görünümü, peau D'orange).

Memenin Vasküler Yapısı:

a.Arteriyel Dolaşım: Üç kaynaktan gelir;

- 1.İnternal torasik arterin 2-4. anterior perforan dalları; bunlar memenin en büyük damarlarıdır.
- 2.Torasik aortadan çıkan 2-5. posterior interkostal arter dalları
- 3.Aksiller arteden gelen dallar

Memenin yaklaşık olarak %60'ını internal torasik arterden,%30'unu lateral torasik arter besler. Ancak tüm arterler arasında yaygın anastomoz vardır.

b.Venöz Dolaşım: Memenin venöz akımı genel olarak aksillaya doğrudur. Meme başı çevresinde venler anastomoz çemberi "circulus venozus" u oluştururlar.

- 1.İnternal torasik venin perforan dalları
- 2.Aksiller vene dökülen dallar
- 3.İnterkostal venler→vertebral venöz pleksuslar →vertebra metastazları¹⁰

Batson'un teorisine göre kaydedilen bu ilişki sonucunda, içinde kapakçık olmayan sistemde basıncında düşük olması nedeniyle retrograd kan akımı kolayca oluşur. Böylece meme kanserindeki metastatik elemanlar vertebralarda metastaza neden olabilirler.

Sinirler:

Memenin duyuşal inervasyonu başlıca 2-6. interkostal sinirler ile sağlanır.¹¹Ameliyat sırasında özellikle dikkat edilecek sinir m. serratus anterior'u inerve eden n.toracicus longus'tur (Bell siniri). Aksiler diseksiyon esnasında bu sinir korunmalıdır. Kesilmesi m. serratus anterior felcine ve "skapula alata" durumunun ortaya çıkmasına neden olur.¹²

Memenin Lenfatikleri:

Memenin lenfatik drenajı başlıca üç yoldan olur.

- 1.Aksiller lenf nodları, meme lenf akımının %75-97'si aksiler lenf nodlarına olmaktadır.
- 2.Parasternal lenf nodları; memenin toplam lenfatik akımının %3-25'ini alır.
- 3.Posterior interkostal lenf nodları

Memenin subepitelyal lenfatik pleksusu vücut yüzeyindeki subepitelyal lenfatik pleksusun devamıdır. Kapak içermeyen bu lenfatikler subdermal lenfatiklerle birleşerek Sappey'in subareolar pleksusuna ulaşır. Subareolar pleksus meme başı ve areolanın lenfatiklerini alıp vertikal lenfatik damarlara katılır. Lenf sıvısı yüzeysel pleksustan derin pleksusa ve laktiferöz kanalların lenfatikleri yolu ile subareolar pleksustan perilobüler ve derin subkutanöz pleksusa tek yönlü akar. Memenin lenfatik akımının ancak %3 kadarı internal mammarian lenf nodlarına doğru olmakta,%97'si ise aksiler lenf nodlarına olmaktadır.¹³

Lenf bezi metastazı varlığında lenfatik akımın fizyolojik yolunda tıkanma olabilir ve alternatif yollar önem kazanabilir. Bu alternatif yollar karşı taraf

internal mammarian lenf nodlarına derin substernal ya da yüzeysel parasternal geçiş, lateral interkostal ve mediastinal drenaj, m.rectus abdominis boyunca subdiafragmatik pleksuslara geçiştir(Gerato yolu). Gerato yolu ile karaciğere ve retroperitoneal lenf nodlarına direkt yayılım olabilir.

Meme Fizyolojisi

Meme bezi, parankimatöz doku, lobları birbirine bağlayan fibröz destek dokusu (stroma) ve aralarındaki yağ dokusundan oluşur. Fibröz doku ve yağ dokusu miktarı bireyin yapısal özelliklerine göre değişir. Asinüslerin lümeni tek sıralı kübik ya da silendirik epitelyum ile döşelidir. Lümen epitelinin altında myoepitel hücre bulunur. Asinüsün en dışında ise bazal membran mevcuttur. İçteki silendirik hücreler süt salgısından sorumludur. Myoepitel hücreleri ise kasılarak sütü asinüslerden kanallara iterler.

Meme gelişmesi ve fonksiyonu birçok hormonun etkisi ile olur. Bu hormonların en önemlileri östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, troid hormonları, kortizol ve büyüme hormonudur. Bu hormonların salgısı hipotalamus, hipofiz ve overlerin nörohumoral kontrolündedir.¹⁴⁻¹⁸

Östrojenin meme üzerine etkisi sitoplazma ve çekirdekdeki reseptörlere bağlandıktan sonra görülür. Östrojen reseptörlerinin sentezini hem östrojen hem de progesteron uyarır. Prolaktin olmadan östrojenin meme gelişimini başlatamayacağı düşünülmektedir. Laktasyon için prolaktin mutlaka gereklidir. Hamilelik sırasındaki yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri prolaktin salınımını baskılar. Plasenta çıktıktan sonra progesteron ve östrojen düşüşü laktasyonu başlatır. Östrojen meme epiteli, özellikle duktal epitelin gelişiminde etkilidir.^{16,18}

Progesteronun memeye tek başına etkisi yoktur. Östrojen reseptörlerinin sentezini uyarır. Prolaktin ile sinerjistik etki gösterir. Epitel hücrelerinin diferansiyasyonunda lobulus ve asinüs gelişiminde etkilidir. Laktasyonu inhibe eder. Memede bulunan progesteron reseptörlerini de östrojen kontrol eder.¹⁸

Prolaktin hipofizde yapılır. Hamileliğin son döneminde doğumdan hemen sonra yükselir ve lohusalık döneminde yüksek kalır. Meme gelişiminin her safhasında önemlidir. Memedeki östrojen reseptörlerinin sayısını artırır. Progesteronla birlikte lobulus ve asinüs gelişimini uyarır. Süt salınımını ve süt

proteinlerinin sentezini kontrol eder. Menstruasyonu hemen takip eden endometriyal proliferatif fazda meme stroması yoğun ve ödemlidir. Lobüller yalındır, mitozda rastlanmaz ve salgılama yoktur. Endometriyal salgılama fazında meme lobüllerinin hem büyüklüğü hem de sayısı artar. Menstruasyonun başlaması ile epitel dejenerasyonu ve döküntüsü ortaya çıkar. Menarşla başlayan bu değişiklikler artarak ya da azalarak menopoza kadar devam eder. İlerleyen yaşla beraber meme glandüler elemanlarını kaybetmeye başlar ve bunların yerini yağ dokusu alır. Menopozla beraber bu kayıp hızla artar ve atrofi, dejenerasyon ve hiyalinizasyon sonucu meme bezlerinde büyük kayıplar meydana gelir. Bu kayıpların yerini yağ dokusu alır.¹⁸

MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Meme kanseri batı ülkelerinde daha yüksek oranda görülmektedir. İngiltere ve İskandinav ülkelerinde ve ABD'de insidans birbirlerine benzemektedir. Japonya gibi Doğu ülkelerinde ve Afrika'da hastalığın insidansı daha düşük oranda görülmektedir. Türkiye'de ise Kanseri Savaş Daire Başkanlığı verilerine göre 2004-2006 yıllarında toplam 6597 yeni hastalık tespit edilirken insidansı 35.8/100 bin olarak hesaplanmıştır ve kadınlarda en sık görülen kanser türüdür.¹⁹ Hastalıkta görülen bu sıklık artışı mortaliteye aynı oranda yansımamaktadır. Hastalığa bağlı mortaliteyi azaltmada etkili faktörler arasında riskli hastaların saptanması ve önlemler alınması, tarama programlarının ülkelerin sağlık politikalarına girmesi ile erken tanının sağlanması ve tedavi yöntemlerinin etkinliğinin belirli ölçüde artmış olması sayılabilir. Meme kanserinin erken tanısı ve etkin tedavi ile hastaların yaşam süresi uzamaktadır. Böylece meme kanseri tedavisi sonrası yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve sürdürme önemli hale gelmiştir.²⁰⁻²¹

Meme kanserinin gelişmesinde kişiden kişiye farklılık gösteren pek çok risk faktörünün (genetik, çevresel, sosyo-biyolojik ve psikolojik etkenler v.b) etkili olduğu kabul edilmektedir. Amerikan Kanseri Derneği'nin yaptığı bir araştırmada, meme kanseri teşhisi konulan kadınlardan %75'inin yüksek risk grubunda yer almadığı ve aslında tüm kadınların meme kanseri riski taşıdığı belirtilmiştir.²²⁻²³

Meme kanserinin oluşumuna yol açan ya da oluşumunu hızlandıran birçok etken ileri sürülmektedir. Bu etkenlere kanser arasındaki ilişki, bazılarında belirgin biçimde ortaya konurken bazılarında hala tartışma devam etmektedir.²⁴⁻²⁵

Meme kanserinin nedeni tam bilinmese de literatürde menopoz sonrası kadınlarda normalden fazla kilo artışı, aşırı yağlı beslenme, alkol tüketimi, overler ve diğer salgı bezlerinde fonksiyon bozukluğu ve çevresel etkenler insidansı arttıran nedenler arasında yer aldığı bildirilmektedir.^{23,25,26}

Meme kanserinin tanısının erken konması ve etkin tedavinin uygulanması sonucu hastaların yaşam süresi uzamıştır. Bu nedenle diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanserinin erken tanısı ile tedavi sonrası yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve sürdürme önemli hale gelmiştir.^{20,21}

KLİNİK

Dünya da önemli bir sağlık problemi oluşturan meme kanserinin klinik davranışı, temel yapısı, tedavi prensipleri yıllar içinde ana hatları ile belirlenmiş olmakla birlikte günümüzde hâlâ pek çok yönü ile araştırılması devam etmektedir. Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en iyi yolu diğer kanser türlerinde olduğu gibi erken tanı ve tedavidir. Yapılan bir çalışmada kanserin tarama sonucu tespit edilebilir zaman ile klinik bulgu verdiği zaman arasındaki sürenin 1.8 ile 6.9 yıl olduğu saptanmıştır. Erken tanı mortaliteyi azalttığı gibi, uygun olgulara meme koruyucu cerrahi yapılmasına olanak sağlar.^{27,28}

Risk Faktörleri

1. Aile öyküsü(Birinci derece aile bireylerinde meme kanseri olması)
2. Erken menarş
3. Geç menapoz
4. Nulliparite, ilk doğumu 35 yaş üzerinde yapma
5. Yaşam biçimi; yağdan zengin diyet riski arttırırken, lifden zengin diyet riski azaltır.
6. Boyun ve göğüs bölgesine başka nedenlerle radyasyona maruz kalması(RT, atom bombası)

7. Diğer memede daha önce meme kanseri olması, (riski %25 arttırmaktadır)
8. Selim meme tümörlerinden fibrovasküler papillomda hafif, atipik hiperplazide beş kat artmış risk bulunmaktadır.
9. BRCA1 ve BRCA2 (Breast Cancer Susceptibility Gene) gen mutasyonu
10. Başka nedenlerden dolayı hormon replasman tedavisi almış olması
11. Başka kanser öyküsü olması(endometrium, kolon, over)

Kendi Kendine Muayene (KKM)

20 yaşından sonra her kadının menopoz öncesi adet kanamasının başlangıcından 7-10 gün sonra, menapozdan sonra ise her ayın belirli bir gününde kendi memesini muayene etmesi erken tanıda oldukça anlamlıdır. Foster ve ark. KKM ile küçük tümörlerin tespit edildiğini, 5 yıllık sağ kalımın KKM yapanlarda %75, yapmayanlarda %57 olduğunu bildirmişlerdir.²⁸ Amerikan Kanser Derneği 20-40 yaşlarındaki kadınların her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra her yıl hekim tarafından memelerinin muayene edilmesinin gerektiğini bildirmiştir. Böylece deneyimli biri tarafından çok küçük tümörlerin saptanması sağlanabilmektedir.²⁹ Günümüzde meme kanseri tarama programı içinde ve meme kanseri erken tanısında KKM önerilmektedir.²⁷ Bu yöntem kadınlara 20 yaşından sonra eğitilerek öğretilmelidir. Aile öyküsü ve risk faktörleri varlığında 25 yaştan sonra ve bu risklerin yokluğunda 40 yaş sonrası daha özenle ve devamlı uygulanmalıdır.³⁰

Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en emin yolu erken tanı ve tedavidir. Bu da kadınların eğitilip bilgilendirilmesi, tarama programı uygulanması ile olur. Amaç meme kanserinin biyolojik olarak başlamasından sonra klinik olarak bulgu vermeden önce tanınmasıdır. Ancak Foster ve arkadaşlarının çalışmasında gözlenen sağkalım²⁸ avantajının İngiltere’de yapılan bir çalışmada gözlemlendiği bildirilmektedir.³¹ Finlandiya’da yapılan çalışmada ise 28.785 kadında meme kanserine bağlı ölümler de azalma görülürken, erken evrede kanser saptanması oranında bir artış saptanmamıştır.³²

Klinik Bulgular ve Tanı

Kitle: Hastaların %70-80 inde çok kez ağrısız ve tesadüfen bulunan kitle vardır. Yaklaşık 1 cm çapa ulaşmış bir kitle eğer yüzeye yakınsa ele gelebilir. En sık (%45) üst dış kadran ve azalan sıklıkla santral, üst iç, alt dış, alt iç kadranslarda bulunmaktadır. Maliğn kitleler genellikle ağrısız, sert, düzensiz sınırlı, cilt ve faysaya yapışık olma eğilimindedir. Ayırıcı tanıda fibroadenom, fibrokistik değişiklik, yağ nekrozu ve makrokistler ile ayırım yapılmalıdır. Tümörün boyutu arttıkça hastalısız ve genel sağkalım azalmaktadır.

Meme başı akıntısı: Meme başı akıntısı %10 olguda ilk bulgudur. Meme başı akıntısı genellikle kendiliğinden, tek taraflı, tek duktusdan olur. Akıntının özelliği seröz, serö-sanjiöz yada kanlı oluşudur.

Meme başı değişiklikleri: Meme başı değişiklikleri de kanser bulgusu olabilir. Meme başında içe çekilme, ülserasyon ve erozyon görüntüsü olabilir.

Meme ağrısı: En sık başvuru sebebi meme ağrısıdır. Meme ağrısı subjektif ve göreceli bir kavramdır. Erken evrede ağrı sık gözlenmez. Fakat geçmeyen, ağrı bir alana lokalize ise MR çekilmeli, muayene tekrarlanmalı ve gerekirse biyopsi açısından değerlendirilmelidir.

Lenf nodu bulguları: Meme kanserinde lenf bezleri büyümesi ya da uzak organ metastazlarına bağlı bulgular olabilir. Meme lenf akımının %75-97'si aksillaya doğrudur. Klinik olarak lokal ileri evre olgularda aksiller lenf bezleri ele gelebilir. Memede ele gelen kitle olmadan nadir olarak (%1) aksiller lenfadenopati olabilir. Aksiller lenfadenopati meme dışında; akciğer, tiroid, over, böbrek ve gastrointestinal kanserlerinde bulgusu olabilir. Klinik olarak tespit edilebilen meme kanserli olguların %50'sinde histolojik olarak lenf bezi pozitif saptanır. Fisher ve arkadaşları dış kadran tümörlerinde %52, iç kadran tümörlerinde %39 aksiller lenf bezi tutulumu bildirmişlerdir.³⁹

RADYOLOJİ

Meme kanserinin tanı ve tedavi sonrası izleminde radyolojinin önemli rolü vardır.

Mamografi

Memenin temel inceleme yöntemidir. Meme kanserinin tanısında mamografi, kanser taraması ve tanısal amaçlı olmak üzere iki ana amaçla kullanılır. Meme kanserinde erken tanı yöntemi olarak kabul edilen tek yöntem mamografidir.

İsveç'te 1972 yılından beri uygulanan tarama programı ile meme kanserinin yol açtığı ölümlerin %32 azaldığı gösterilmiştir.³³Kuzey Avrupa ülkelerinde ve Amerika da mamografi ile meme kanseri tarama programları düzenli olarak yapılmaktadır. ABD de yakalanan kanserlerin %40 ını erken dönem kanserleri oluşturur.³⁴Evre 2-4 kanserlerin insidensi %15 azalmıştır. Mamografi mikrokalsifikasyonları saptayabilen tek güvenilir yöntem olduğu için bugüne kadar kabul edilen tek tarama yöntemidir.³⁵

Ultrasonografi

Mamografiye yardımcı olarak kullanılabilen bir yöntemdir. Mikrokalsifikasyonları gösteremediği için kanser taramasında kullanılamaz. Mamografide dens memesi olan kadınlarda fizik incelemede bir kitle varsa USG incelemesi gerekmektedir. Ailede kanser öyküsü kuvvetli derecede pozitif olan kadınların meme yapısı mamografik olarak dens ise ek olarak USG incelemesi yapılabilir.³⁶Ancak USG nin yalancı pozitifliği yüksektir. USG incelemesi yüksek çözünürlüklü problemlerle ve deneyimli kişiler tarafından yapılmalıdır. USG, biyopsiye pre-op tel lokalizasyon işlemleri için rehber yöntem olarak kullanılabilir.³⁷ USG aksiler lenf bezlerinin değerlendirilmesinde de kullanılabilir. USG lenf nodlarını saptamada fizik incelemeden daha duyarlıdır.³⁸

Manyetik Rezonans

Meme görüntülemesinde son yıllarda giderek artan bir önem kazanmıştır. Meme görüntüleme yöntemlerinde bulguların kuşkulu olduğu, tanı konulamayan olgularda yardımcı yöntem olarak kullanılmaktadır. MR, oldukça duyarlı bir yöntem olmakla beraber özgüllüğü düşüktür.³⁹

MEME KANSERİNDE EVRELEME

Kanserin evrelemesi bireysel tedavi programını oluşturmak, prognozu belirlemek ve farklı tedavi yaklaşımlarından elde edilen sonuçları karşılaştırmak için yapılmaktadır. Evreleme iki türlü yapılır. Klinik muayene bulguları ve/veya radyolojik görüntüleme sonucu elde edilen bulgulara göre yapılan klinik evreleme ile asıl prognoz ve tedavi yönlendiricisi olan cerrahi olarak çıkarılan tümör dokusunun histopatolojik incelenmesi sonrası yapılan patolojik evrelemedir.

A.J.C.C.(American Joint Committee on Cancer)'in biçimlendirdiği TNM sınıflandırması (Tablo 1a-1b) veya Patolojik evreleme (Tablo 1c) U.I.C.C.(Union International Cancer Centre) kullanılarak yapılır. Bu sınıflandırmada T primer tümörün en geniş çapını,N bölgesel lenf nodu tutulumu ve M ise metastazı varlığını işaret etmektedir. Daha önceden tanımlanmış kriterlere göre bu üç özellik belirlenip kombine edilerek, tümör için TNM evresi hesaplanır.⁴⁰

Tümörün büyüklüğü, bölgesel lenf bezlerindeki metastaz varlığı ve uzak organ metastaz varlığı ile ilgili veriler doğrultusunda ameliyat sonrası adjuvan tedavileri planlamak, tedavinin başarısını değerlendirmek ve prognozu belirlemek amacı ile evreleme yapılmaktadır. Meme kanseri genel olarak 3 evreye ayrılmaktadır;(Tablo 1a-1b)

- 1.Erken evre(evre I ve II)
- 2.Lokal ileri evre (evre III)
- 3.Metastatik evre (evre IV)⁴¹

Tablo 1a:AJCC TNM Klasifikasyonu

Tx Değerlendirilemeyen primer tümör

To Primer tümöre ait bulgu yok.

Tis Karsinoma *in situ*

Tis (DKİS) Duktal karsinoma in situ

Tis (LKİS) Lobuler karsinoma in situ

Tis (Paget) Meme basınınin paget hastalığı (Primer baska tümör yok)

T1 En büyük çapı ≤ 2 cm tümör

T1mic En büyük çapı ≤ 0.1 cm

T1a Tümör çapı >0.1 cm, ancak ≤ 0.5 cm

T1b Tümör çapı >0.5 , ancak ≤ 1 cm

T1c Tümör çapı >1 cm, ancak ≤ 2 cm

T2 Tümör çapı >2 cm, ancak ≤ 5 cm

T3 Tümör çapı >5 cm

T4 Aşağıdaki belirtilen dokulara direkt yayılımı olan herhangi büyüklükte tümör

T4a Pektoralis majör kası dışında göğüs duvarına yayılım

T4b Ödem, peau d'orange, cilt ülserasyonu, aynı memede satellit cilt nodülleri

T4c T4a ve T4b

T4d Enflamatuvar karsinom

Nx Daha önce çıkarıldığı için değerlendirilemeyen nodal tutulum

No Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1 Hareketli, ipsilateral bölgesel lenf nodu metastazı

N2 Komsu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı ve/veya aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak (lenfosintigrafi dısı) görülebilen ipsilateral İM nodal metastaz

N2a Komsu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı

N2b İpsilateral infraklavikular lenf nodu metastazı+aksiller lenf nodu metastazı

N3 Klinik veya radyolojik olarak (lenfosintigrafi dısı) görülebilen ipsilateral intramammaryan (İM)nodal metastaz+ aksiller lenf nodu metastazı

N4 Supraklavikular lenf nodu metastazı

Mx Değerlendirilemeyen uzak metastaz

M0 Uzak metastaz yok

M1 Uzak metastaz var

Tablo1b:TNM sınıflamasına göre meme kanseri evreleri

Evre	T	N	M
Evre0	Tis	N0	M0
Evre I	Tmic	N0	M0
	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	M0
	T3	N2	M0
Evre IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Evre IIIC	T1-4	N3	M0
Evre IV	T1-4	N0-3	M1

Tablo 1c: UICC Patolojik Sınıflandırma(2008)⁴⁰

PATOLOJİK SINIFLANDIRMA

pNx Değerlendirilemeyen bölgesel lenf nodları

pNo Bölgesel lenf nodu metastazı yok

pNo(i-) Bölgesel lenf nodu metastazı yok, İHK(-)

pNo(i+) Bölgesel lenf nodu metastazı yok, İHK(+) ancak tümör infiltrasyon alanı ≤ 0.2 mm

pNo (mol-) Bölgesel lenf nodu metastazı yok, RT-PCR(-)

pNo (mol+) Bölgesel lenf nodu metastazı yok, RT-PCR(+)

pN1

pNmi Mikrometastaz, tümör infiltrasyon alanı > 0.2 mm, ≤ 2.0 mm

pN1 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu ve/veya klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

pN1a 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu

pN1b Klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

pN1c 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu ve klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

pN2 4-9 aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller tutulum olmaksızın İM lenf nodlarında klinik+radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak görüntülenebilen tutulum

pN2a 4-9 Aksiller lenf nodu metastazı, en küçük tümör infiltrasyon alanı > 2 mm

pN2b Aksiller tutulum olmaksızın İM lenf nodlarında klinik+radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak belirgin olan tutulum

pN3 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu metastazı veya klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak belirgin İM lenf nodu metastazı + en az 1 aksiller lenf nodu metastazı veya sentinel biyopsi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nodu metastazı +3'ten fazla lenf nodu metastazı

pN3a 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu metastazı, en küçük tümör infiltrasyon alanı > 2 mm veya infraklaviküler lenf nodu metastazı

pN3b Klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dışı) olarak belirgin İM lenf nodu metastazı + en az 1 aksiller lenf nodu metastazı veya sentinel biyopsi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nodu metastazı + 3'ten fazla lenf nodu metastazı

pN3c Supraklaviküler lenf nodu metastazı

TEDAVİ

Günümüzde meme kanserli hasaların çoğu erken dönemde saptanıp, etkinliği kanıtlanmış bölgesel ve sistemik tedavilerden yarar görmektedir. Meme kanseri tedavisinde amaç evrelemeyi iyi yaparak buna bağlı doğru ve etkin adjuvan tedaviyi vermek ve kanserin bölgesel ve uzak kontrolünü sağlamaktır. Diğer amaç ise cerrahi sonrası olabilecek en iyi kozmetik sonucu elde etmek ve hastanın gerek hastalığa gerekse tedavilere bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar sonrasında rehabilitasyonu ve kaliteli yaşamı sağlamaktır.^{42,43}

Meme kanseri tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım önemli hale gelmiştir. Tedavide; meme cerrahı, plastik cerrah, radyasyon onkoloğu, tıbbi onkolog, radyolog ve patoloji uzmanının ortak hareket etmeleri gerekmektedir.⁴²⁻⁴⁴

Meme kanserinin güncel cerrahi tedavisi, hastalıklı organın kısmen veya tamamen çıkarılmasına ilave olarak aksiler diseksiyon esasına dayanır. Bu yaklaşımla hem hastalığın bölgesel tedavisi hemde tümörün tiplendirilmesi ve evrelendirilmesi yapılabilmektedir. Çünkü hastanın prognozu tanı sırasındaki hastalığın evresine bağlıdır. Adjuvan tedavinin gerekli olup olmadığının kararı buna göre belirlenir. Hastalığın cerrahi tedavisinin daha etkin yapılabilmesi için klinik olarak erken evrede yakalanmış olması gerekmektedir. Primer tümöre yönelik cerrahi girişimler iki çeşittir.⁴¹⁻⁴³

Meme koruyucu cerrahi

- Lumpektomi
- Tümörektomi
- Kadranektomi

Mastektomi

- Basit mastektomi
- Radikal mastektomi
- Modifiye radikal mastektomi(MRM)

Aksillaya yapılan girişimler

- Hiç girişim yapılmaması
- Sadece sentinel lenf nodu biyopsisi
- Aksiller örnekleme (4 nod örnekleme, seviye I diseksiyon)

- Seviye I-II aksiler diseksiyon
- Seviye I-II-III aksiler diseksiyon^{43,45}

CERRAHİ TEDAVİ

Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

Fischer'in 1970'li yıllarda sunduğu meme kanserinin sadece lokal değil aynı zamanda sistemik bir hastalık sayılması gerektiği kuramının günümüzde kabul görmesi ve kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi gibi adjuvan tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile meme kanserine cerrahi yaklaşım köklü bir şekilde değişmiştir. Sistemik tedavinin ağırlıklı olduğu meme koruyucu girişimlerde hız kazanmıştır.^{6,46}

MKC tedavisi giderek artan biçimde endikasyonu evre 1 ve 2 meme tümörlü hastalar için yapılmaktadır. Bu nedenle tümör boyutu 5 cm ve daha küçük olan hastalarda MKC tercih edildiği görülmektedir. Etkin tarama ve hastalığa duyarlılığın artması ile meme kanserli hastaların %75'i evre 1 ve 2 de tanı konulmaktadır ve hastaların 2/3'ünde koltuk altı lenf nodunun negatif olduğu görülmektedir. Bu durumda meme kanserli hastaların çoğunda MKC uygulanmaktadır.⁴⁶

MKC, tümör ile birlikte çevresindeki bir kısım sağlam meme dokusunun çıkartılmasını (lumpektomi, tümörektomi, kadranektomi) ve buna gerektiği durumlarda aksiller girişiminde yapılmasını (biyopsi, standart diseksiyon) içerir. Memenin büyük bir bölümünün korunmasına ve iyi bir kozmetik sonuç elde edilmesine olanak sağlayan MKC erken evre meme kanserinin tedavisinde sıklıkla tercih edilir. Bu tedavinin bir parçası olarak mutlaka kalan meme dokusuna radyoterapi uygulanmalıdır.^{6,43,46}

Basit Mastektomi (BM)

Basit mastektomide, meme dokusunun tamamı ve pektoral kasın fasyası da içerisinde kalacak şekilde çıkarılmaktadır. BM'nin amacı yapıldığı tarafta hiç meme dokusu bırakmamaktadır. Bu ameliyat şekli dünyanın birçok ülkesinde halen meme kanseri tedavisinde standart girişim olarak kabul edilmektedir.

Bunun en önemli nedeni ise MKC sonrası gerekli olan radyoterapi uygulaması prosedürlerin bu ülkelerdeki eksikliğinden kaynaklanmaktadır.⁴³⁻⁴⁷

BM genellikle erken veya ameliyat edilebilir meme kanserlerinde primer tedavi olarak, MKC uygulananlarda gelişen nüksler veya yeni oluşan kanserlerde, ciltte ülserlere yol açmış veya yol açma olasılığı olan lezyonlarda yaşam kalitesini arttırmak için yapılmaktadır. Yaşlılarda ve ameliyat riski yüksek olan , koltuk altı lenf nodülü negatif genç hastalarda ve bazı olgularda profilaktik amaçla uygulanabilir.⁴⁸⁻⁴⁹

Modifiye Radikal Mastektomi (MRM)

Meme dokusunun tamamı ile birlikte koltuk altı lenf bezlerinin bir kısmının çıkarılmasıdır. National Institute of Health 1980 yılında MRM'nin evre1 ve 2 meme kanserinde en çok uygulanan ameliyat olduğunu açıklamıştır. Ayrıca evre 3 tümörlerde (büyük pektoral kasa fiske olmayan ve kitlesel koltuk altı metastazı olmayanlarda) değişik kadranlarda mammografik olarak hastalığın saptanmasında , konservatif tedavi ile güvenli sınır sağlanamayan lezyonlarda, büyük tümör ancak küçük memeye sahip olanlarda ve tümör çıkartıldıktan sonra kozmetik yönden uygun şeklin sağlanamaması durumunda MRM yapılabilir. Ameliyat sonrası dönemde hastayı izleme zorluğunun olması, radyoterapiye kontendike bir durumun bulunması, tümörün 5 cm'den büyük olması ve memeye daha önceden radyoterapi yapılmış olması halinde de MRM yapılabilir.^{46,49} İnvaziv meme kanserinin tedavisinde MRM veya MKC arasında karar vermede, hastaya yöntemler anlatılmalı ve hasta ile birlikte karar verilmelidir.⁵⁰

Memeye uygulanan cerrahi girişimler sonrası ikincil olarak gelişen çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir. Bunlar arasında cerrahi alan enfeksiyonu ,cilt/flep nekrozu, seroma birikimi sayılabilir. Aksiller diseksiyonun cerrahi girişimin bir parçası olması durumunda başta kolda lenfödem gelişimi olmak üzere kol-omuz hareketlerinde kısıtlılık, kolda ve göğüs duvarında hissizlik, kronik ağrı oluşumu,aksillada seroma birikimi gibi istenmeyen etkileri görülebilmektedir. Ayrıca MKC sonrasında radyoterapi uygulamasının hastalarda kronik ağrı ve lenfödem gibi komplikasyonların gelişmesi için riski arttırdığı gösterilmiştir.⁵¹⁻⁵⁵

Radyoterapi

Erken evre ve lokal ileri evre meme kanserinde konvansiyonel yöntemle hem eksternal hem de interstsiyel brakiterapi olarak uygulanabilmektedir. Ameliyat öncesi büyük tümörleri ameliyat edilebilir boyuta indirebilmek, ameliyat sonrası ise adjuvan olarak nüksleri azaltmak ve sağkalımı arttırmak amacı ile uygulanmaktadır.^{56,57}

Radyoterapi MKC sonrası meme içerisinde tümörün yinleme olasılığını azaltmak amacı ile verilmektedir. Son yıllarda yaygınlaşan mamografik tarama programları ile meme kanseri erken evrede yakalanmakta ve buna bağlı olarak MKC ve radyoterapi giderek artan oranlarda kullanılmaktadır. Bunun dışında mastektomi yapılan hastalarda, tümör çapının 5 cm üzerinde olması, memede multisentrik kanser saptanması, aksillada 4 veya daha fazla metastatik lenf nodunun bulunması,metastatik aksiler lenf nodunda ekstrakapsüler yayılım olması, radyoterapi uygulanmasını gerektirmektedir.^{56,58}

Radyoterapiye bağlı gelişen yan etkilerin genellikle hafif düzeyde ve geri dönüşümlü olduğu görülmektedir. En sık görülen yan etkiler arasında deri değişiklikleri, boğaz ağrısı, yorgunluk, sinir veya pektoral kas enflamasyonuna bağlı ağrının yanı sıra meme dokusunda ödem, kol ödemi, ağrı ve hassasiyet yer almaktadır. Bunların dışında interstsiyel pnömoni ve kalp toksisitesi gibi ciddi istenmeyen olaylara yol açabilmektedir.^{56,57,59}

Endokrin Tedavi

Meme kanserinin büyümesini, yayılmasını veya nüksetmesini önlemek amacıyla uygulanır. Araştırmalar hormonoterapinin özellikle hormon reseptörü pozitif olan hastalarda yaşam süresini uzattığını göstermektedir. Tamoksifen (östrojen reseptör inhibitörü) 20 yıldır meme kanseri tedavisinde kullanılmaktadır. Günümüzde meme kanserinin tüm evrelerinde ameliyat öncesi veya sonrası ilave tedavi olarak uygulanmaktadır. Yapılan klinik çalışmalar tamoksifenin tedavi edilen memede hastalığın yinleme riskini diğer memede de yeni kanser gelişme riskini azalttığını göstermektedir.⁶⁰

Hormonoterapi tümörde östrojen ve/veya progesteron reseptör ekspresyonu olan hastalara verilmektedir. Bugün premenopozal hastalarda

tanoksifen tek seçenek olarak kullanılmaktadır. Ancak post menopozal hastalarda tamoksifenin yanı sıra aromotaz inhibitörleri (anastrozol, letrozol, eksemestan) de kullanılabilir. Tamoksifenin yan etkileri arasında premenopozal kadınlarda artifisiyel menopoz oluşturmaya bağlı olarak sıcak basmaları ve psikik bozukluklar yer almaktadır. Ayrıca tüm hasta gruplarında endometriyum kanseri, hiperkoagulapati ve katarakt oluşumu riskini arttırmaktadır. Aromotaz inhibitörlerinin ise yukarıda belirtilen yan etkilere yol açmadığı ancak ciddi derecede osteoporozu neden olduğu dolayısı ile kemik kırıklarının oluşum sıklığını arttırdığı bildirilmiştir.⁶⁰⁻⁶²

LH-RH analogları goserelin 3.6 mg ayda bir defa ve loperlid 3.75 mg aylık ve 11.25 mg 3 ayda bir şeklinde premenopozal hastalarda kullanılmaktadır. Etkisini suprafizyolojik dozda FSH ve LH salınımını baskılayarak overden östrojen üretimini azaltmaktadır ve tıbbi ooferektomi tablosu gerçekleşmektedir.⁶²

Kemoterapi

Meme kanserinin sistemik tedavisinde kullanılan kemoterapide birden fazla ilacın kombinasyonunun hastalara verilmesinin monoterapiye göre daha üstündür. Son yıllarda erken evre meme kanseri için geliştirilen kombinasyonların yan etki profilinin diğer kanserlerde kullanılan kombinasyonlara göre daha iyi sonuç alınmaktadır.

Bugün için kemoterapi endikasyonları arasında 2 cm'den büyük tümörler, 35 yaşın altındaki hastalar, grade 2-3 tümöre sahip hastalar, aksillada metastatik lenf nodu bulunması ve östrojen ve/veya progesteron reseptörlerinin ekspresyonunun saptanmamış olması yer almaktadır. Kombinasyon tedavisi; hastalarda yıllık nüks riskinde %28, mortalite riskinde %17 oranında azalmaya yol açmıştır. Uygulanan bu kombine kemoterapi protokolleri arasında şu seçenekler bulunmaktadır.^{46,63}

- CAF/CEF**(fluorourasil+doksorubicin/epirubicin+siklofosamid)
- AC**(doksorubicin+siklofosamid)±ardışık paklitaksel
- EC**(epirubicin+siklofosamid)
- TAC**(doretaksel+doksorubicin+siklofosamid),filgrastim desteğiyle birlikte

- A**→**CMF** (doksorubicinin ardından siklofosfamid+metotrexat+fluorouracil)
- E**→**CMF** (epirubicin ardından siklofosfamid+metotrexat+fluorouracil)
- CMF** (siklofosfamid+metotrexat+fluorouracil)
- AC x 4** (doksorubicin+siklofosfamid)+ardışık 4 x paklitaksel, filgrastim desteği ile birlikte her 2 haftada bir uygulanır
- A**→**P**→**C** (doksorubicin ardından paklitaksel sonrasında siklofosfamid) filgrastim desteği ile birlikte her 2 haftada bir uygulanır
- FEC**→**T** (fluorouracil+epirubicin+siklofosfamid ardından dosetaksel)

Trastuzumab içeren rejimler

- AC**→**T+Trastuzumab** (doksorubicin+siklofosfamid ardından paklitaksel veya dosetaksel + trastuzumab)

Kemoterapi uygulanmasının yara iyileşmesi üzerindeki olumsuz etkisi bilinmekle birlikte rekonstrükte edilmiş meme dokusu üzerine yan etkileri radyoterapi de olduğu kadar fazla olmadığı düşünülmektedir. Bu istenmeyen yan etkiler arasında halsizlik, bulantı, kusma, saç dökülmesi gibi küçük problemler olduğu gibi kemik iliği baskılanması, nörolojik ve kardiyak toksisite gibi hastanın yaşamını direkt olarak tehdit eden durumlarda yer almaktadır. Bütün bunların yanı sıra kemoterapi uygulanması sonucunda hastanın yaşam kalitesini etkileyecek, over supresyonuna bağlı olarak amenore(over yetmezliği,artifisiyel menapoz) de görülebilmektedir.⁶²

YAŞAM KALİTESİ

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerin bilim ve yönetim çevrelerinin üzerinde yoğunlaştıkları yaşam kalitesi kavramı ile sıkça karşılaşmaktayız. Bu kavramın içeriğinde toplumun mutluluğu ve esenliğinden, çevre koşulları kalite ve ekolojik yapılarına kadar uzanan çok farklı değişkenler bulunmaktadır.⁶⁴

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel iyi oluşun ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesinin sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenmektedir. Yaşam koşulları düzeldikçe ve teknoloji ilerledikçe yaşam süresi de uzamaktadır.^{64,65}

Yaşam kalitesi kavramına duyulan ilgi üzerine çok çeşitli tanımları da yapılmıştır. Yaşam kalitesi günlük yaşam, mutluluk/memnuniyet, kişisel amaçların başarılması, sosyal hizmet yada doğal yetenekle ilgili olarak tanımlanmaktadır.⁷

Sağlığın değerlendirilmesinde morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu terimler organ düzeyinde ,nesnel olarak fizyolojik yda ruhsal bir bozukluğun saptandığı ve bireyin kendisinde sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır. Bu yaklaşımın sağlığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik yada ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda; hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır.^{66,67}

Sağlık alanında ilk olarak 1977 yılında kullanılan yaşam kalitesi deyiimi bireyin kendi esenliğine ilişkin görüntüsünü ifade eder. Bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu ve mutluluk durumu ile ilgilidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı tanımlarken kullanmış olduğu "sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" ifadesine paralellik göstermektedir.⁶⁷⁻⁶⁹

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi teriminin ortaya atılması ile sağlık, hastalık ve tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini anlatmak üzere sınırları daha belirgin bir bakış açısı hedeflenmiştir. Bu terim ile yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili olmayan (örn; politika, kültür ve sosyal faktörler) boyutları dışında tutulmak istenmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi dışında çevre, toplum güvenliği, eğitim, yaşam standardı, ulaşım, politik özgürlük ve kültürel yaşam ile ilgili kalitesinden de bahsedilir. Her bir faktör birbirini etkilediği için sağlıkla ilgili olan ve olmayan yaşam kalitesi arasında belirgin sınırları çizmek zordur.⁶⁸

Tıp alanında çalışanlar ve araştırmacılar son zamanlarda giderek ilgilerini sağlığın çıkarımları ve tedavi sonuçlarının ölçümü üzerine odaklamışlardır. Toplum sağlığının ölçümünde bugüne kadar kullanılan geleneksel morbidite/mortalite oranları ile beklenen yaşam süresi gibi değerlendirmelerin

artık sağlığın değerlendirilmesinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmektedir.⁶⁹

Yaşam kalitesi ölçülmesinde sağlık alanlarının birtakım göstergeleri göz önünde tutulmalıdır. Bu göstergelerden fonksiyonel kapasite, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yeteneğini ve fiziksel aktivite düzeyini göstermektedir. Sosyal fonksiyon, kişinin ailesinin diğer fertleri, arkadaşları ve diğer insanlar ile olan ilişkilerini, emosyonel fonksiyon ise hastalığa bağlı ağrı gibi semptomlar ile uygulanan tedavilere bağlı gelişen yan etkilerin oluşturduğu anksiyete düzeyini yansıtılmaktadır.⁶⁷

Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi

Kanser; fiziksel yetersizlikleri, psikoloji ve ruhsal sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır.⁸. Kanser hastalarının yaşamları süresince ihtiyaçlarına göre gerek küratif gerekse destek tedavileri süresince unutulmaması gereken kavramların en önemlisi "yaşam kalitesi" olduğu bir gerçektir. Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için de hastaların ihtiyaçlarının mutlaka belirlenmesi gerekmektedir.⁷⁰

Meme kanserli hastaların, erken tanı ve tedavisindeki gelişmelere bağlı olarak yaşam süresi ve kalitesinde önemli oranda artış olduğu görülmektedir. Son yıllarda yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında tedavi edilen erken tanıli meme kanserli kadınların yaşam kaliteleri genel popülasyondan daha yüksek bulunmuştur.⁷¹⁻⁷³

Erken tanı ve tedavi imkânları artmış olsa da, meme kanseri kadınlar tarafında sık karşılaşılan kötü bir deneyim olarak algılanmaktadır. Bu kadınlar, ameliyat nedeni ile oluşabilecek ağrı, lenfödem, kol ve omuz hareketlerinde sınırlılık ve postür bozukluğu gibi fiziksel sorunların yanı sıra, beden görüntüsünde bozulma, erken menapoz, doğurganlığın kaybı, reddedilme veya terk edilme korkusu, iş ve kariyerini kaybetme korkusu, tedavinin fiziksel ve maddi etkileri, ölüm ve nüks korkusu gibi psikososyal sorunlarda yaşamaktadırlar. Bununla beraber, kemoterapi ve radyoterapi yan etkilerinden olan; saçların dökülmesi, cilt renginde değişiklikler, vajinal ağrı ve kuruluk,

cinsel isteksizlik ve yorgunluk gibi nedenler de psikososyal sorunları ve cinsel işlev bozukluklarını arttırabilmektedir.^{6,74}

Meme kanseri tedavisindeki gelişmelere, insidans ve sağ kalımın olumlu etkilenmesine paralel olarak tedavi, hastalık ve iyileşme sürecine ilişkin hastaların yaşadıkları sorunların kapsamlı olarak öğrenilmesi daha da önem kazanmaktadır. Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve işlevselliğine ilişkin algısı şeklinde tanımlanan yaşam kalitesi bilgi eksikliği, kompleks kararlar ve kanser tedavisine bağlı yan etkiler nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir.⁶⁸

Bireyin fiziksel görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık ya da tedavi nedeni ile değişmesinin ve bozulmasının beden imajını değiştirdiği ve bu değişikliğin de benlik saygısına tehdit olarak algılanabildiği, dolayısıyla bu durumun kişide fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir. Bu dönemde yaşa, etnik gruba veya hastalığın evresine bakmaksızın her hasta için bazı tepkiler evrensel olarak kabul edilmektedir.^{8,75}

Literatürde, meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik , umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, kadınlık özelliklerini kaybetme ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu belirtilmiştir. Mastektomi sonrası genç kadınların hastalığın tekrarlamasına ilişkin daha fazla korku duydukları ve meme kaybına ilişkin daha yoğun duygu yaşadıkları, buna karşın ileri yaş grubundaki kadınların, meme kanserini gelecek yaşamlarında daha az tehdit edici olarak algıladıkları belirtilmiştir. Tüm bu sorunlar kansere yönelik evrensel tepkiler olmanın yanı sıra, kadın bedeninde birçok sembolü bünyesinde barındıran meme kaybına özgü tepkilerdir.^{8,76,77}

Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi hastalık belirtilerinin yarattığı fiziksel ve duygusal sorunlara ek olarak kendilerine uygulanan tedaviler nedeni ile olumsuz etkilenmektedir. Uygulanan tedaviler, hastaların yaşam sürelerini uzatmakla birlikte, ağır fiziksel yan etkilere neden olmakta bireyin fiziksel iyilik halini etkilenmekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Kemoterapi tüm sistemleri etkilediği için bireyin günlük yaşam fonksiyonlarını sürdürmesini zorlaştırmaktadır. Tedavinin erken döneminde kemik iliği baskılanmasına bağlı olarak gelişen lökopeni, trombositopeni, anemi, enfeksiyon, yorgunluk, mide-barsak şikayetleri vb. ortaya çıkmaktadır. Over yetmezliği, erken menapoza

girme, hormonal bozulma ve cinsel fonksiyonlardaki sorunlar, kemoterapi ve hormon tedavisinin olası yan etkilerdir. Bu yan etkiler, aynı zamanda doğurganlığı da etkilemekte ve özellikle çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır.^{8,74,77}

Bu açıdan bakıldığında, özellikle çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda tedavinin risk ve yararlarını değerlendirmek, göz önünde bulundurulması gereken önemli bir konudur. Tüm bu nedenler hasta bireyin anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme gibi semptomlar yaşamasına neden olmakta ve bu durum yaşam kalitesini düşürmektedir. Bunlardan birisinin veya birkaçının yol açtığı fiziki ve psikolojik travma hastayı önemli ölçüde etkilemektedir.^{74,77}

Meme kanseri, ileri yaş grubundaki kadınları fiziksel fonksiyon görme, bağımsızlık ve diğer tıbbi hastalıklar yönünden daha fazla etkilemektedir. Yaşlanma ile ortaya çıkan fiziksel yetersizliklere ek olarak, meme kanserinde uygulanan tedaviler , ileri yaş grubundaki kadınların fiziksel fonksiyon görme kapasitelerini daha da azaltarak, bağımsızlıklarını sürdürmelerine engel olmaktadır. Özellikle cerrahi girişim ve adjuvan tedavi sonrasında, ileri yaş grubundaki kadınların fonksiyonel durumları, kanser tedavisinden önceki durumlara göre önemli ölçüde azalmaktadır.⁷⁸

Kanser hastalarında ağrı, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok problemin içinde en fazla yeri işgal etmektedir. Ağrının görülme oranı tanı aşamasında %28, aktif tedavi döneminde % 50-70, ileri dönemde %64-80'dir.⁵⁵

Kanser hastasında ağrının kontrolsüz kalması, kanserin getirdiği genel hastalık haline ek olarak, hastanın fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilenmesine, sosyal iletişiminin ve yaşam kalitesinin bozularak bir kısır döngüye girmesine neden olmaktadır. Bu olumsuz etkilenme sadece hasta ile sınırlı kalmamakta, hastanın yakın çevresini de etkilemektedir.⁶⁴

Meme kanseri sonrası oluşan kronik ağrı gerek cerrahiye gerekse radyoterapiye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Güllüoğlu ve arkadaşlarının meme kanserli Türk kadınlarda yapmış olduğu bir çalışma da meme kanseri tedavisi sonrası hastaların %46 sında kronik ağrı geliştiği saptanmıştır. Bu çalışmada kronik ağrıya yol açan en belirgin faktörlerin hastaların genç yaşta olması ve cerrahi sonrası adjuvan tedavi alınmış olması olarak gösterilmiştir.

Yine oluşan kronik ağrının hastaların yaşam fonksiyonları içerisinde en çok ruhsal durum üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir.⁵⁵

Hangi tip meme cerrahisi uygulandığının da yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu düşünülmüştür. Bunun meme cerrahisinin çok çeşitli komponentlerden oluşmasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Daha minimal bir cerrahi yöntem olan MKC sonrası yaşam kalitesinin mastektomiye oranla daha üstün olması beklenirken bazı çalışmalarda anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durum çok şaşırtıcı bir sonuç olarak görülmemektedir. Çünkü meme cerrahisine ek olarak diğer bölgesel ve sistemik tedavilerin uygulanıp uygulanmadığı ve meme cerrahisinde aksiler cerrahinin yapılıp yapılmaması yaşam kalitesini önemli oranda etkilemektedir. Ancak bazı çalışmalarda MKC sonrası mastektomiye oranla yaşlı hastalarda dahil olmak üzere vücut imajı ve yaşam biçimi skorlarının daha yüksek saptandığı bildirilmiştir.^{6,26}

Ayrıca cinsel fonksiyonun genç hastalarda MKC sonrası daha iyi olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da MKC'nin fiziksel görünüş ve duygusal davranış açısından mastektomiye göre yaşam kalitesine daha olumlu katkıda bulunduğu görülmüş, ancak hastalığın tekrarlama riski nedeni ile gelişen endişe MKC uygulanan hastalarda daha fazla olduğu anlaşılmıştır.^{79,80}

Meme kanseri aile üyeleri, ev ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklar üzerinde olumsuz psikososyal etkilere sahiptir. Kanser tanısının şoku ile aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişikliklere neden olabilmektedir. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Ancak uzun bir tedavi sürecinde hastalar, çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok ihtiyaç duyduklarında da gerekli desteklerden yoksun kalabilmektedir.

Bunun yanı sıra mastektomi ve diğer tedaviler, kadınların sosyal ve cinsel yaşamlarında önemli sorunlara yol açmaktadır. Mastektomi sonrası yaşanan meme kaybı ve alopesi gibi kemoterapinin yol açtığı vücut görüntüsü sorunları kadınlarda sosyal izolasyon ve sosyal davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Diğer yandan kadınlar evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceği ve eşleri ile duygusal ilişkilerinin kopacağı gibi korku ve kaygılar da yaşayabilmektedir.^{8,81}

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmamızın projesi hazırlanarak Mersin ÜTF Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu'na başvuruldu ve 03.11.2010 ve 71 sayılı kararı komisyon kararı ile Etik Kurul onayı alındı.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda 2000-2010 yılları arasında tedavi ve takip edilen meme kanserli vakalar incelendi. Hasta dosyaları geriye dönük olarak incelenerek hastalara ait veriler (yaş, iletişim bilgileri, sosyal ve demografik bilgileri, gelir düzeyleri, eğitim düzeyleri, menopoz durumu), tümöre ait veriler, hastalığın tedavisine ilişkin bilgiler (neoadjuvan ve adjuvan olarak aldığı kemoterapiler, yapılan cerrahi işlem ile ilgili bilgiler) elde edildi. (EK-1)

Çalışmamızda kullanılacak anket formatı son yıllarda en sık kullanılan EORTC QLQ-C30 (EK-2) ve aynı kuruluşun meme kanseri için oluşturduğu EORTC QLQ-BR23 (EK-3) anket formunun versiyon 3.0 Türkçe'ye çevrilmiş şekilde oluşturuldu.⁸²

Çalışmaya katılma kriterleri;

- 1.Modifiye radikal mastektomi ,mastektomi veya meme koruyucu cerrahi yapılmış hastalar
2. 28-55 yaş arası, kadın, gönüllü olur formunu doldurmayı kabul eden hastalar
- 3.Ameliyat sonrası kemoterapi, endokrin tedavi ve/veya radyoterapi almış veya almakta olan
- 4.Evli veya cinsel eşi olan
- 5.Kişinin işlevselliğini bozan başka tıbbi ve ruhsal bozukluğu olmaması
- 6.Eğitim düzeyi sınırlaması olmaması (okuma-yazma biliyor olması)
- 7.Irk ve coğrafi farklılığın olmamasını içermektedir.

Çalışmadan dışlama kriterleri ise;

- 1.Primer meme cerrahisi yapılmamış hastalar
- 2.Metastatik meme kanseri olan hastalar
- 3.Okuma yazma bilmeyen hastalar olarak belirlendi.

Hastalara telefonla ulaşılarak veya poliklinik kontrolleri sırasında görüşüldü. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formuna onayları alındıktan sonra anket formları dolduruldu. (EK-4)

Yapılan çalışmada, yaş grupları, evre, operasyon tipi değişkenlerine ait alt gruplar arasında, ölçek alt boyutlarına ait toplam puanlar açısından karşılaştırılmasında tek yönlü Varyans analiz metodu kullanılmış, farklılık görülen grupların ikili karşılaştırılması için Tukey HSD testi kullanılmıştır. Ölçek maddelerinin içi tutarlılık seviyesini değerlendirmek için Cronbach's Alfa katsayısı hesaplanmıştır.

Yapılan tüm karşılaştırmalarda Tip 1 Hata oranı 0.05 olarak belirlenmiş, bu rakamın altında hesaplanan p değerlerinin elde edildiği karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS for Windows 11.5.1 istatistik programı ile gerçekleştirilmiştir.

Anket sorularının geçerliliği ve güvenirliği, Cronbach's alfa katsayısı ile değerlendirildi. Bu katsayı ≥ 0.70 olduğunda geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmektedir. (alışmamızda Cronbach's alfa katsayısı 0.90 bulundu. Ancak; 3, 5, 8, 15, 17, 31, 32 ve 45. soruların Cronbach's alfa katsayısı 0.70 in altında bulundu.) Hastalarımız çalışmada kullanılan anketi cevaplamaları ortalama 30 dakika sürmüştür.

EORTC QLQ-C30 YAşAM KALİTESİ LEğİ

Kanserli hastalarda geniş alanda kullanılan bir anket programıdır. Ölçek beş fonksiyonel ölçek (fiziksel, rol, kognitif=bilişsel, emosyonel=ruhsal ve sosyal,  semptom leği (yorgunluk, ağrı ve bulantı-kusma), global yaşam ölçek içermekte ve altı durumu (dispne, uyku bozukluğu, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve maddi sorunlar) sorgulamaktadır. Toplam 30 sorudan oluşmaktadır. 28 soruda cevaplar 1-4 arası rakamları içermekte olup 1-hiç,2-biraz,3-oldukça ve 4-çok fazla cevaplarını oluşturmaktadır. 29-30. sorular 1-7 arası numaraları içermekte olup 1 rakamı çok kötü ve 7 rakamı mükemmelen cevaplarını içermektedir. Genel iyilik hali ve fonksiyonel ölçekte puan ortalaması yükseldikçe durumun iyiliğini göstermektedir. Semptom leğinde ise puan yükseldikçe sorunların arttığını göstermektedir.

Anket formu Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.⁸³ Fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır.(**Tablo2**)

Tablo 2 : EORTC QLQ-C30 alt grupları ve anket soruları

EORTC QLQ-30	SORU NUMARALARI
FONKSİYONEL ÖLÇEK	
Fiziksel fonksiyon	1-5. sorular
Rol fonksiyon	6-7. sorular
Bilişsel durum	20. ve 25. sorular
Ruhsal durum	21-24. sorular
Sosyal durum	26-27. sorular
Genel İyilik Hali	29-30. sorular
SEMPTOM ÖLÇEKLERİ	
Dispne	8. soru
Bulantı-kusma	14-15. sorular
İştahsızlık	13. soru
Uyku Bozukluğu	11. soru
Ağrı	9. ve 19 sorular
Yorgunluk	10.,12. ve 18. sorular
Kabızlık	16. soru
İshal	17. soru
Finansal zorluk	28. soru

Güzelant ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir.⁸³

Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin ve semptom derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

EORTC BR-23 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Meme kanserine özel anket olup; meme kanserine ve tedavileri sırasında görülen semptomları değerlendirir. Üç fonksiyonel ölçek; kol semptomları, meme semptomları, saç dökülmesine bağlı ruhsal durum değerlendirmesi ve meme kanseri için yapılan tedavilere bağlı şikayetleri değerlendirmektedir. Ayrıca meme kanserine bağlı sorunların tekrarlama korkusu, cinsel eşin hastalık ve tedavi sonrası davranış değişiklikleri, seksüel disfonksiyon ve tedavi sonrası oluşan menopoz semptomları değerlendirilmektedir. Yirmiüç maddeden, fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt gruptan oluşmaktadır.⁸⁴(**Tablo 3**)

Tablo 3: EORTC QLQ-BR23 alt grupları ve anket soruları

EORTC QLQ BR-23	SORU NUMARALARI
FONKSİYONEL ÖLÇEK	
Vücut Görüntüsü	39-42. sorular
Cinsel Yaşam	44-45. sorular
Cinsel Doyum	46. soru
Gelecek Beklentisi (Tekrarlama korkusu)	43. soru
SEMPTOM ÖLÇEKLERİ	
Yan Etkiler	31-34. ve 36-38. sorular
Meme Semptomları	50-53.. sorular
Kol Semptomları	47-49. sorular
Saç Dökülmesi	35. soru

BULGULAR

Çalışmamıza Mersin ÜTF Tıbbi Onkoloji B.D. tarafından izlenen ve ankete katılmayı kabul eden, çalışma kriterlerine uygun 250 kadın hasta dahil edildi. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 47.4 ± 6.4 (28-55 yaş) idi. Hastalar yaşlarına göre 3 gruba ayrıldı: Grup 1; 28-35 yaş arasındaki hastaları, Grup 2; 36-45 yaş hastaları ve Grup 3; 46-55 yaş arası hastaları (**Tablo 4**) içermekteydi. Aynı tabloda hastaların eğitim durumu, medeni durumu, ekonomik durumları mesleki durumları, yaşadıkları çevre ile ilgili bilgiler ve gelir durumları gösterilmiştir. Dokuz olgu eşinden boşanmış olup, yedisinin boşanması meme kanseri tanısı sonrası gerçekleşmiştir. Hastalarımızın gelir düzeyleri düşükten yükseğe doğru A-B-C şeklinde sınıflandırıldı (**Tablo 4**) ve gelir düzeyleri ülkemizdeki Asgari Ücret tarifesine göre random olarak belirlendi. 2011 yılı ikinci dönem asgari ücret 712 TL olarak belirlenmiştir.⁸⁵

Hastaların meme kanseri özellikleri; aile öyküsü, yapılan ameliyat yöntemi, hastalarımızın meme kanseri evresi hormon, c-erb-B2(her 2) pozitifliği, hormon pozitif olan hastaların kullanmakta olduğu tedaviler (**Tablo 5**) ayrıntılı olarak sunulmuştur. Araştırmamız sırasında, son yıllarda tanı konan hastalarda MRM oranında azalma olduğu saptandı. MKC yapılan hastalarımızın %67 (n=18)'sinin 2007-2010 arasında yapıldığı gözlemlendi. MKC yapılan 27 hastamızın %77 (n=21)'sinin ise lise ve yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Hastalarımızın, libidoyu değerlendiren 44, 45 ve 46. sorulara ve maddi durumu sorgulayan 28. soruya yanıt vermede güçlük çektikleri gözlenmiştir. 13 hasta cinsel yaşam ve cinsel haz ile ilgili sorulara cevap vermedi. Yedi hasta ise maddi durumu ile ilgili sorulara cevap vermedi.

EORTC QLQ-C30 için yapılan değerlendirmelerde, MKC ve basit mastektomi yapılan hastaların yaşam kalitelerinin, MRM'ye göre daha iyi olduğu gözlenmiştir. Bu kıyaslamalardan sosyal fonksiyon ($p < 0.01$), yorgunluk ($p = 0.02$), kabızlık ($p < 0.01$) ve genel yaşam kalitesi ($p < 0.001$) anlamlı olarak bulundu.

Tablo 4: Hastaların demografik özellikleri

Değişkenler	n:250(%)
Yaş(yıl)	
Ortalama yaş	47.4±6.4 (28-55 yaş)
Grup 1	19 (7.6)
Grup 2	69 (27.6)
Grup 3	162 (64.8)
Medeni Durum	
Evli	237 (94.8)
Bekar	4 (1.6)
Boşanmış	9 (3.6)*
Eğitim Düzeyi	
İlkokul	171 (68.4)
Lise	66 (26.4)
Yüksekokul	13 (5.2)
Meslek	
Ev hanımı	213 (85.2)
Çalışan	37 (14.8)
Gelir Düzeyi	
A (750 TL altında)	49 (19.6)
B (750-1500 TL)	151 (60.4)
C (1500 TL üzeri)	50 (20.0)
Yaşam Bölgesi	
Kent	178 (%71.2)
Kırsal	72 (%28.8)

*(7 hasta(%2.8) hastalık teşhisinden sonra eşinden ayrılmış)

Diğer ölçekler fiziksel fonksiyon (p=0.2), bilişsel fonksiyon (p=0.6), ruhsal (emosyonel) fonksiyon (p=0.3) ve rol fonksiyon (p=0.3) MRM'de daha kötü olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Basit mastektomi ile MKC arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 5 :Hastaların meme kanseri özellikleri

Parametreler	n:250(%)
Aile Öyküsü	
Var	16 (6.4)
Yok	234 (93.6)
Ameliyat	
MRM	194 (77.6)
Basit mastektomi	29 (11.6)
MKC	27 (10.8)
Evre	
1	53 (21.2)
2	128 (51.2)
3	69 (27.6)
Östrojen Reseptörü	
Pozitif	184 (73.6)
Negatif	66 (26.4)
her2	
Pozitif	28 (%11.2)
her 2+ ve FISH +	8 (3.2)
Negatif	194 (%77.6)
Belli olmayan	20(%8)
Hormon Tedavisi Alanlar	
Yok	153 (61.2)
Tamoksifen	33 (13.2)
Letrozol	33 (13.2)
Anastrazol	24 (9.6)
Exemestan	7 (2.8)

EORTCQ BR-23'e verilen cevaplar ile ameliyat tipleri karşılaştırıldığında vücut görüntüsü ($p<0.001$), gelecek beklentisi ($p<0.001$), kol semptomları ($p=0.05$) ve saç dökülmesi ($p<0.006$) MRM ameliyatı yapılanlarda daha kötü bulundu. Üç ameliyat tipinde cinsel yaşam, cinsel haz duygusu, kullanılan

tedavilere bağlı yan etki ve meme semptomları alt gruplarında ameliyat yöntemleri arasında farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların yaş gruplarına ayrılarak EORTC QLQ-C30'a göre değerlendirildiğinde, Grup 1'de finansal açıdan daha kötü etkilenme bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi ($p<0.009$). Ancak diğer parametrelerin tamamında Grup 2'de daha fazla kötü etkilenme olduğu görüldü. Genel olarak Grup 3'te diğer gruplara göre yaşam kalitesi daha iyi bulundu ancak istatistiksel farklılık saptanmadı. Sadece bilişsel fonksiyon değişikliği ($p=0.02$) anlamlı olarak bulundu, diğer parametrelerde anlamlı fark bulunamadı.

Yaş gruplarının EORTC QLQ-BR23 ile karşılaştırılmasında cinsel yaşam ve cinsel haz parametrelerinde Grup 1; vücut görüntüsü, gelecek beklentisi, ilaç yan etkileri, meme semptomları, kol semptomları ve saç dökülmesi parametrelerinde Grup 2 diğer gruplara göre daha kötü bulundu. Tüm gruplarda Grup 3 daha iyi bulundu. Ancak tüm grupların birbirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Evrelere göre EORTC QLQ-C30 değerlendirildiğinde genel olarak evre 1 olanların yaşam kalitesi evre 2 ve evre 3 e göre daha iyi durumda bulundu. İshal ($p<0.05$) ve finansal zorluk ($p<0.001$) alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi, diğer alt gruplarda fark gözlenmedi.(Tablo 5)

Evrelere göre EORTC QLQ-BR23 değerlendirmesinde, evre 1'de cinsel yaşam ($p<0.04$) ve gelecek beklentisi ($p<0.008$) daha iyi bulundu. Diğer parametrelerde de evre 1 daha iyi bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($p>0.05$).

Çalışma sonucunda anket sorularına verilen cevaplara göre parametreleri alt gruplar şeklinde değerlendirdiğimizde;

EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği parametreleri ile meme kanserli hastalarda ameliyat yöntemleri değerlendirildiğinde (**Tablo 6**) genel sağlık durumu içerisinde yer alan genel iyilik halinin; MRM yapılmış kişilerde 8.7 ± 2.7 , basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 9.8 ± 2.5 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 11.5 ± 1.7 olarak tespit edildi ($p<0.001$), fiziksel fonksiyonları değerlendirildiğinde ise; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 8.9 ± 3.0 , basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 9.4 ± 2.9 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 8.0 ± 1.5 bulundu ($p=0.2$).

Çalışmamıza katılan hastalarımızda rol fonksiyonları alt grubunda; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 3.7 ± 1.5 , basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 3.6 ± 1.6 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 3.2 ± 1.0 olarak tespit edildi ($p=0.3$), emosyonel (ruhsal) fonksiyonlarında ise; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 8.7 ± 3.2 basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 8.0 ± 2.9 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 7.1 ± 1.8 olarak tespit edildi ($p=0.3$).

Kişilerin tedavi sonrası dönemde yaşamış olduğu bilişsel (kognitif) sorunlara ilişkin sonuçlarına bakıldığı zaman; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 3.6 ± 1.5 basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 3.5 ± 1.4 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 3.3 ± 1.0 olarak tespit edildi ($p=0.6$), sosyal fonksiyonları değerlendirdiğimizde; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 4.6 ± 1.8 , basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 3.9 ± 1.8 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 3.3 ± 1.1 bulundu ($p=0.01$).

Çalışmamıza katılan hastaların semptom skalasında yer alan dispne (solunum güçlüğü) semptomunda; MRM yapılanlarda puan ortalaması 1.5 ± 0.7 olup, basit mastektomi yapılanlarda 1.6 ± 0.6 ve MKC yapılanlarda 1.3 ± 0.5 olarak bulundu ($p=0.3$), bulantı ve kusma semptomuna baktığımızda ise; MRM yapılanlarda puan ortalaması 2.9 ± 1.3 olup, basit mastektomi yapılanlarda 2.8 ± 1.5 ve MKC yapılanlarda 2.7 ± 0.9 olarak bulunmuştur ($p=0.7$), iştah kaybı değerlendirildiğinde; MRM yapılanlarda puan ortalaması 1.6 ± 0.8 olup, basit mastektomi yapılanlarda 1.7 ± 0.7 ve MKC yapılanlarda 1.4 ± 0.5 olarak bulunmuştur ($p=0.2$), uyku sorunları değerlendirildiğinde; MRM yapılanlarda puan ortalaması 2.2 ± 1.0 olup, basit mastektomi yapılanlarda 2.3 ± 0.9 ve MKC yapılanlarda 1.8 ± 0.6 olarak bulunmuştur ($p=0.2$).

Çalışma grubumuzda sağlık yaşam kalitesi açısından önemli olan ağrı düzeyine ilişkin sonuçlarına bakıldığı zaman; MRM yapılanlarda puan ortalaması 3.8 ± 1.5 olup, basit mastektomi yapılanlarda 3.6 ± 1.2 ve MKC yapılanlarda 3.5 ± 0.9 olarak bulunmuştur ($p=0.4$), yorgunluk semptomunda; MRM yapılanlarda 6.5 ± 2.3 olup, basit mastektomi yapılanlarda 6.2 ± 2.2 ve MKC yapılanlarda 5.2 ± 1.0 olarak bulundu ($p=0.02$), konstipasyon (kabızlık) değerlendirildiğinde; MRM yapılanlarda puan ortalaması 1.6 ± 0.8 olup, basit mastektomi yapılanlarda 2.0 ± 1.0 ve MKC yapılanlarda 1.5 ± 0.6 olarak bulundu ($p=0.01$), ishal şikayetleri değerlendirildiğinde; MRM yapılanlarda puan

ortalaması 1.3 ± 0.6 olup, basit mastektomi yapılanlarda 1.2 ± 0.4 ve MKC yapılanlarda 1.25 ± 0.4 olarak bulunmuştur ($p=0.6$).

Kişilerin finansal sorunları değerlendirildiğinde; MRM yapılanlarda puan ortalaması 2.5 ± 1.0 olup, basit mastektomi yapılanlarda 2.3 ± 1.0 ve MKC yapılanlarda 2.2 ± 0.9 olarak bulunmuştur($p=0.3$).

Ameliyat tiplerini Mastektomi (MRM+BM) ve MKC olarak karşılaştırdığımızda EORTC QLQ-C30;Genel iyilik hali MKC lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0.002$), fonksiyonel ölçek grubunda, sosyal durum alt grubunda MKC lehine anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0.002$). Diğer alt gruplarda ise MKC lehine daha iyi olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Semptom ölçeği grubunda ise; iştahsızlık ($p<0.001$) ve yorgunluk ($p<0.007$) alt gruplarında MKC lehine anlamlı fark gözlenmiştir. (**Tablo 7**)

Çalışma kapsamına alınan kişilerin EORTC QLQ-BR23 anketi ile meme kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinin değerlendirilmesi (**Tablo 8**) yer almaktadır. Hastaların vücut görüntüsü değerlendirildiğinde; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 10.6 ± 3.7 , basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 8.5 ± 3.5 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 7.4 ± 2.2 olarak bulundu ($p<0.001$), cinsel yaşam fonksiyonları değerlendirildiğinde; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 3.1 ± 1.2 basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 3.0 ± 1.1 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 2.8 ± 1.0 olarak tespit edildi ($p=0.45$), cinsel haz(zevk) fonksiyonu açısından yapılan değerlendirmede; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 1.6 ± 0.7 , basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 1.5 ± 0.7 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 1.4 ± 0.6 olarak bulundu ($p= 0.5$).

Kişilerin tedavi sonrası dönemde yaşamış olduğu gelecek beklentisi sonuçlarına bakıldığı zaman; MRM yapılmış kişilerde puan ortalaması 2.7 ± 1.1 basit mastektomi yapılmış kişilerde ise 2.1 ± 0.9 , MKC yapılmış kişilerde puan ortalaması 2.0 ± 0.7 olarak bulundu ($p<0.001$), yan etkiler MRM yapılanlarda 13.9 ± 4.4 olup, basit mastektomi yapılanlarda 13.8 ± 3.8 ve MKC yapılanlarda 12.1 ± 2.7 olarak bulundu ($p=0.11$).

Tablo 6: EORTC QLQ-C30 ile ameliyat tiplerinin karşılaştırılması

EORTC QLQ-C30	MRM n: 194	BM n: 29	MKC n: 27	P
	ORT±SD	ORT±SD	ORT±SD	
GENEL SAĞLIK				
Genel İyilik Hali	8.7±2.7	9.8±2.5	11.5±1.7	<0.001
FONKSİYONEL ÖLÇEK				
Fiziksel fonksiyon	8.9±3.0	9.4±2.9	8.0±1.5	0.2
Rol fonksiyon	3.7±1.5	3.6±1.6	3.2±1.0	0.3
Bilişsel durum	3.6±1.5	3.5±1.4	3.3±1.0	0.6
Ruhsal durum	8.7±3.2	8.0±2.9	7.1±1.8	0.3
Sosyal durum	4.6±1.8	3.9±1.8	3.3±1.1	<0.01
SEMPTOM ÖLÇEĞİ				
Dispne	1.5±0.7	1.6±0.6	1.3±0.5	0.3
Bulantı-kusma	2.9±1.3	2.8±1.5	2.7±0.9	0.7
İştahsızlık	1.6±0.8	1.7±0.7	1.4±0.5	0.2
Uyku Bozukluğu	2.2±1.0	2.3±0.9	1.8±0.6	0.2
Ağrı	3.8±1.5	3.6±1.2	3.5±0.9	0.4
Yorgunluk	6.5±2.3	6.2±2.2	5.2±1.0	0.02
Kabızlık	1.6±0.8	2.0±1.0	1.5±0.6	0.01
İshal	1.3±0.6	1.2±0.4	1.25±0.4	0.6
Finansal zorluk	2.5±1.0	2.3±1.0	2.2±0.9	0.3

Tablo 7: EORTC QLQ-C30 ile mastektomi ve MKC'nin karşılaştırılması

EORTC QLQ-C30	MASTEKTOMİ n:223	MKC n:27	P
	ORT±SD	ORT±SD	
GENEL SAĞLIK			
Genel İyilik Hali	8.4±2.5	11.8±19	0.002
FONKSİYONEL ÖLÇEK			
Fiziksel fonksiyon	9.0±3.0	8.0±1.5	0.3
Rol fonksiyon	3.6±1.5	3.2±1.0	0.2
Bilişsel durum	3.6±1.5	3.3±1.0	0.7
Ruhsal durum	8.6±3.2	7.1±1.8	0.07
Sosyal durum	4.5±1.8	3.3±1.1	0.002
SEMPATOM ÖLÇEK			
Dispne	1.5±0.7	1.3±0.5	0.25
Bulantı-kusma	2.9±1.3	2.7±0.9	0.82
İştahsızlık	8.9±2.7	11.0±1.8	0.001
Uyku bozukluğu	2.2±0.9	1.8±0.6	0.14
Ağrı	3.8±1.5	3.5±0.9	0.46
Yorgunluk	6.5±2.3	5.2±1.0	0.007
Kabızlık	1.6±0.9	1.4.0.6	0.62
İshal	1.7±0.8	1.6±0.8	0.4
Finansal zorluk	2.4±1.0	2.2±0.9	0.2

Meme kanserli hastalarımızın Meme semptomlarında ise; MRM yapılanlarda puan ortalaması 6.8±2.4 olup, basit mastektomi yapılanlarda

6.7±2.3 ve MKC yapılanlarda 5.8±1.7 olarak bulundu (p=0.1), kol semptomları değerlendirildiğinde; MRM yapılanlarda puan ortalaması 5.9±2.0 olup, basit mastektomi yapılanlarda 5.5±2.0 ve MKC yapılanlarda 5.0±1.2 olarak bulunmuştur (p=0.05), saç dökülmesi semptomu değerlendirildiğinde; MRM yapılanlarda puan ortalaması 2.5±1.1 olup, basit mastektomi yapılanlarda 2.4±1.1 ve MKC yapılanlarda 1.8±0.5 olarak bulunmuştur (p=0.006).

Ameliyat tiplerini MKC ve Mastektomi olarak karşılaştırdığımızda EORTC QLQ-BR23; vücut görüntüsü (p<0.001), gelecek beklentisi (p<0.002), yan etkisi (p<0.05), meme semptomları (p<0.03), kol semptomları (p<0.04), saç dökülmesi (p<0.002) olarak MKC lehine anlamlı bulundu. Cinsel yaşam da ise MKC lehine daha iyi bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. **(Tablo 9)**

Tablo 8: EORTC QLQ-BR23 anketi ile ameliyat tiplerinin karşılaştırılması

EORTC QLQ-BR23	MRM n: 194	BM n: 29	MKC n: 27	P
	ORT±SD	ORT±SD	ORT±SD	
FONKSİYONEL ÖLÇEK				
Vücut görüntüsü	10.6±3.7	8.5±3.5	7.4±2.2	<0.001
Cinsel yaşam	3.1±1.2	3.0±1.1	2.8±1.0	0.45
Cinsel haz	1.6±0.7	1.5±0.7	1.4±0.6	0.5
Gelecek beklentisi	2.7±1.1	2.1±0.9	2.0±0.7	<0.001
SEMPTOM ÖLÇEK				
Yan etki	13.9±4.4	13.8±3.8	12.1±2.7	0.1
Meme semptomları	6.8±2.4	6.7±2.3	5.8±1.7	0.1
Kol semptomları	5.9±2.0	5.5±2.0	5.0±1.2	0.05
Saç dökülmesi	2.5±1.1	2.4±1.1	1.8±0.5	0.006

Tablo 9: EORTC QLQ-BR23 ile mastektomi ve MKC'nin karşılaştırılması

EORTC QLQ-BR23	MASTEKTOMİ n:223	MKC n:27	P
	ORT±SD	ORT±SD	
FONKSİYONEL ÖLÇEK			
Vücut görüntüsü	10.3±3.7	7.4±2.2	0.001
Cinsel yaşam	3.1±1.2	2.8±1.0	0.25
Cinsel haz	1.6±0.7	1.4±0.6	0.25
Gelecek beklentisi	2.6±1.1	2.0±0.6	0.002
SEMPTOM ÖLÇEK			
Yan etki	13.9±4.3	12.1±2.8	0.047
Meme semptomları	6.8±2.4	5.8±1.7	0.03
Kol semptomları	5.9±2.0	5.0±1.2	0.04
Saç dökülmesi	2.5±1.1	1.8±0.5	0.002

EORTC QLQ-C30 kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin parametrelerinin yaş grupları (**Tablo 10**) arasında değerlendirme yapıldığında; genel sağlık durumu içerisinde yer alan genel iyilik halinin; Grup 1'de 9.2±2.7, Grup 2'de 8.6±2.8 ve Grup 3'te 8.9±2.1 bulundu (p=0.1), fiziksel fonksiyonları değerlendirildiğinde; Grup 1'de 8.8±3.3, Grup 2'de 9.2±2.9 ve Grup 3'te ta ise 8.8±2.8 bulundu (p=0.6).

Çalışmamıza katılan hastalarımızda rol fonksiyonları değerlendirildiğinde; Grup 1'de 3.0±1.1, Grup 2'de 3.8±1.5 ve Grup 3'te 3.6±1.5 bulunmuştur (p=0.09), emosyonel (ruhsal) fonksiyonların yapılan değerlendirmede; Grup 1'de 8.1±3.4, Grup 2'de 8.9±3.2 ve Grup 3'te 8.3±3.1 bulunmuştur (p=0.4). Kişilerin tedavi sonrası dönemde yaşamış olduğu bilişsel (kognitif) sorunlara ilişkin sonuçlarına bakıldığı zaman; Grup 1'de 3.6±1.5, Grup 2'de 3.9±1.6 ve Grup 3'te 3.4±1.4 bulunmuştur (p=0.02), sosyal fonksiyonları

değerlendirdiğimizde; Grup 1'de 4.4 ± 1.8 aralığında , Grup 2'de 4.6 ± 1.9 ve Grup 3'te 4.3 ± 1.8 bulunmuştur($p= 0.4$).

Çalışmamıza katılan hastaların EORTC QLQ-C30 ile yaş grupları değerlendirildiğinde (**Tablo 10**); semptom skalasında yer alan dispne (solunum güçlüğü) puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise Grup 1'de 1.5 ± 0.7 , Grup 2'de 1.6 ± 0.7 ve Grup 3'te 1.4 ± 0.6 bulunmuştur($p=0.36$). bulantı ve kusma semptomuna baktığımızda ise; Grup 1'de 2.4 ± 0.7 , Grup 2'de 2.9 ± 1.3 ve Grup 3'te 3.0 ± 1.4 bulunmuştur ($p=0.35$), iştah kaybı semptomu değerlendirildiğinde; Grup 1'de 1.5 ± 0.8 , Grup 2'de 1.6 ± 0.7 ve Grup 3'te 1.6 ± 0.8 bulunmuştur($p=0.6$),uyku sorunları değerlendirildiğinde; Grup 1'de 2.0 ± 0.9 , Grup 2'de 2.2 ± 0.9 ve Grup 3'te 2.1 ± 0.9 bulunmuştur($p=0.6$).

Çalışma grubumuzda sağlık yaşam kalitesi açısından önemli olan ağrı semptomları karşılaştırıldığında ise Grup 1'de 4.1 ± 1.5 , Grup 2'de 4.0 ± 1.4 ve Grup 3'te 3.7 ± 1.4 bulunmuştur($p=0.26$), yorgunluk semptomlarında; Grup 1'de 5.8 ± 1.8 , Grup 2'de 6.7 ± 2.2 ve Grup 3'te 6.2 ± 2.3 bulunmuştur ($p=0.2$).

Çalışmaya katılan hastalarımızın konstipasyon(kabızlık) semptomlarında; Grup 1'de 1.4 ± 0.7 , Grup 2'de 1.8 ± 0.9 ve Grup 3'te 1.6 ± 0.8 bulunmuştur($p=0.2$), ishal şikayetleri değerlendirildiğinde;Grup 1'de 1.2 ± 0.4 , Grup 2'de 1.3 ± 0.6 ve Grup 3'te 1.2 ± 0.5 bulunmuştur($p=0.2$). Kişilerin maddi sorunları değerlendirildiğinde; Grup 1'de 2.8 ± 0.9 , Grup 2'de 2.5 ± 1.1 ve Grup 3'te 2.3 ± 1.0 bulunmuştur ($p=0.09$).

Çalışma kapsamına alınan kişilerin EORTC QLQ-BR23 meme kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi (**Tablo 11**) yapıldığında vücut görüntüsü; Grup 1'de 10.3 ± 3.4 , Grup 2'de 10.7 ± 3.7 ve Grup 3'te 9.7 ± 3.8 bulunmuştur ($p=0.2$), cinsel yaşam fonksiyonları Grup 1 'de 3.3 ± 1.2 , Grup 2'de 3.0 ± 1.1 ve Grup 3'te 3.1 ± 1.2 bulunmuştur($p=0.3$). Gruplar arasında cinsel haz(zevk) fonksiyonunda; Grup 1'de 1.7 ± 0.9 , Grup 2'de 1.5 ± 0.6 ve Grup 3'te 1.6 ± 0.7 bulunmuştur ($p=0.4$), gelecek beklentisi sonuçlarına bakıldığı zaman; Grup 1'de 2.6 ± 1.0 , Grup 2'de 2.8 ± 1.1 ve Grup 3'te 2.5 ± 1.1 bulunmuştur ($p=0.25$), yan etkiler puan ortalaması Grup 1'de 12.8 ± 4.4 , Grup 2'de 14.8 ± 4.1 ve Grup 3'te 13.4 ± 4.1 bulunmuştur ($p=0.06$).

Tablo 10: EORTC QLQ-C30 ile yaş gruplarının karşılaştırılması

EORTC QLQ-C30	Grup 1 n: 19	Grup 2 n: 69	Grup 3 n: 162	P
	ORT±SD	ORT±SD	ORT±SD	
GENEL SAĞLIK				
Genel İyilik Hali	9.2±2.1	8.6±2.8	8.9±2.7	0.1
FONKSİYONEL ÖLÇEK				
Fiziksel fonksiyon	8.8±3.3	9.2±2.9	8.8±2.8	0.6
Rol fonksiyon	3.0±1.1	3.8±1.5	3.6±1.5	0.09
Bilişsel durum	3.6±1.5	3.9±1.6	3.4±1.4	0.02
Ruhsal durum	8.1±3.4	8.9±3.2	8.3±3.1	0.4
Sosyal durum	4.4±1.8	4.6±1.9	4.3±1.8	0.4
SEMPTOM ÖLÇEK				
Dispne	1.5±0.7	1.6±0.7	1.4±0.6	0.3
Bulantı-kusma	2.4±0.7	2.9±1.3	3.0±1.4	0.3
İştahsızlık	1.5±0.8	1.6±0.7	1.6±0.8	0.6
Uyku Bozukluğu	2.0±0.9	2.2±0.9	2.1±0.9	0.6
Ağrı	4.1±1.5	4.0±1.4	3.7±1.4	0.2
Yorgunluk	5.8±1.8	6.7±2.2	6.2±2.3	0.2
Kabızlık	1.4±0.7	1.8±0.9	1.6±0.8	0.2
İshal	1.2±0.4	1.3±0.6	1.2±0.5	0.7
Finansal zorluk	2.8±0.9	2.5±1.1	2.3±1.0	0.009

Meme semptomlarında ise; Grup 1'de 6.6±2.4, Grup 2'de 7.3±2.3 ve Grup 3'te 7.3±2.3 bulunmuştur (p=0.06), kol semptomları değerlendirildiğinde; Grup 1'de 5.6±2.4, Grup 2'de 6.1±2.0 ve Grup 3'te 5.6±1.9 bulunmuştur (p=0.2),

saç dökülmesi puan ortalamaları değerlendirildiğinde; Grup 1'de 2.4±1.2, Grup 2'de 2.7±1.1 ve Grup 3'te 2.4±1.1 bulunmuştur (p=0.1).

Tablo 11: EORTC QLQ-BR23 ile yaş gruplarının değerlendirilmesi

EORTC QLQ-BR23	Grup 1 n: 19	Grup 2 n: 69	Grup 3 n: 162	P
	ORT ± SD	ORT ± SD	ORT ± SD	
FONKSİYONEL ÖLÇEK				
Vücut görüntüsü	10.3 ±3.4	10.7±3.7	9.7±3.8	0.2
Cinsel yaşam	3.3±1.2	3.0±1.1	3.1±1.2	0.3
Cinsel haz	1.7±0.9	1.5±0.6	1.6±0.7	0.4
Gelecek beklentisi	2.6±1.0	2.8±1.1	2.5±1.1	0.25
SEMPTOM ÖLÇEĞİ				
Yan etki	12.8±4.4	14.8±4.1	13.4±4.1	0.06
Meme semptomları	6.6±2.4	7.3±2.3	6.5±2.4	0.06
Kol semptomları	5.6±2.4	6.1±2.0	5.6±1.9	0.2
Saç dökülmesi	2.4±1.2	2.7±1.1	2.4±1.1	0.1

EORTC QLQ-C30 kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin parametrelerin hastalığın evrelerine (**Tablo 12**) göre karşılaştırma yapıldığında genel iyilik halinin değerlendirilmesinde; evre 1 de 9.3±2.2, evre 2 de 9.3±2.9 ve evre 3 de 8.9±2.9 bulundu (p=0.6), fiziksel fonksiyonları değerlendirildiğinde ; evre 1 de 8.8±2.7, evre 2 de 8.6±2.9 ve evre 3 de 9.5±3.0 bulundu (p=0.08), rol fonksiyonlarında; evre 1 de 3.5±1.2, evre 2 de 3.6±1.4 ve evre 3 de 3.8±1.7 bulunmuştur (p=0.5), emosyonel (ruhsal) fonksiyonlarında; evre 1 de 8.1±2.4, evre 2 de 8.2±3.2 ve evre 3 de 9.2±3.4 bulunmuştur (p=0.06), bilişsel (kognitif) sorunlara ilişkin sonuçlarına bakıldığı zaman; evre 1 de 3.4±1.2, evre 2 de 3.5±1.4 ve evre 3 de 3.8±1.7 bulunmuştur (p=0.2), sosyal fonksiyonları değerlendirdiğimizde; evre 1 de 4.1±2.0, evre 2 de 4.4±1.7 ve evre 3 4.6±1.9 de bulunmuştur (p=0.3).

EORTC QLQ C-30 kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin alt gruplarının hastalığın evrelerine (**Tablo 12**) göre karşılaştırma yapıldığında semptom skalasında yer alan dispne (solunum güçlüğü) semptomunda; evre 1 de 1.4 ± 0.5 , evre 2 de 1.5 ± 0.6 ve evre 3 de 1.7 ± 0.8 bulunmuştur ($p=0.08$), bulantı ve kusma semptomuna baktığımızda ise; evre 1 de 2.8 ± 1.3 , evre 2 de 2.9 ± 1.3 ve evre 3 de 3.0 ± 1.4 bulunmuştur ($p=0.6$), iştah kaybında; evre 1 de 1.5 ± 0.6 , evre 2 de 1.6 ± 0.8 ve evre 3 de 1.8 ± 0.8 bulunmuştur ($p=0.1$), uyku sorunları değerlendirildiğinde; evre 1 de 2.2 ± 0.9 , evre 2 de 2.1 ± 0.9 ve evre 3 de 2.3 ± 1.0 bulunmuştur ($p=0.5$).

Çalışma grubumuzda sağlık yaşam kalitesi açısından önemli olan ağrı düzeyine ilişkin sonuçlarına bakıldığı zaman; evre 1 de 3.7 ± 1.2 , evre 2 de 3.6 ± 1.4 ve evre 3 de 4.1 ± 1.6 bulunmuştur ($p=0.1$), yorgunluk semptomunda evre 1 de 6.1 ± 1.7 , evre 2 de 6.2 ± 2.4 ve evre 3 de 6.8 ± 2.5 bulunmuştur ($p=0.2$), konstipasyon(kabızlık) ; evre 1 de 1.6 ± 0.8 , evre 2 de 1.5 ± 0.8 ve evre 3 de $1.4\pm 0.6^*$ bulunmuştur ($p=0.3$), ishal; evre 1 de 1.1 ± 0.3 , evre 2 de 1.3 ± 0.6 ve evre 3 de 1.4 ± 0.6 bulunmuştur ($p=0.05$). Kişilerin finansal sorunları değerlendirildiğinde; evre 1 de 2.0 ± 1.0 , evre 2 de 2.5 ± 1.0 ve evre 3 de 2.7 ± 1.0 bulunmuştur ($p=0.007$).

Çalışma kapsamına alınan kişilerin EORTC QLQ-BR23 anketi ile hastalığın evrelerine göre karşılaştırılmasında (**Tablo 13**) ;vücut görüntüsü değerlendirildiğinde; evre 1 de 9.5 ± 3.6 , evre 2 de 9.8 ± 3.6 ve evre 3 de 10.8 ± 3.9 bulunmuştur ($p=0.1$), cinsel yaşam fonksiyonları; evre 1 de 2.7 ± 1.0 , evre 2 de 3.3 ± 1.3 ve evre 3 de 3.0 ± 1.1 bulunmuştur ($p=0.04$), cinsel haz(zevk) fonksiyonu; evre 1 de 1.5 ± 0.7 , evre 2 de 1.6 ± 0.7 ve evre 3 de 1.5 ± 0.7 bulunmuştur ($p=0.5$), gelecek beklentisi sonuçlarına bakıldığı zaman; evre 1 de 2.3 ± 1.1 , evre 2 de 2.5 ± 1.0 ve evre 3 de 3.0 ± 1.1 bulunmuştur ($p=0.008$).

EORTC QLQ-BR23 meme kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin gruplarından olan semptom skala parametreleri ile hastalığın evrelerine göre karşılaştırma yapıldığında; yan etkiler puan ortalaması evre 1 de 13.8 ± 3.8 , evre 2 de 13.2 ± 4.0 ve evre 3 de 14.6 ± 4.8 bulunmuştur ($p=0.07$), meme semptomlarında ise; evre 1 de 6.9 ± 1.9 , evre 2 de 6.6 ± 2.5 ve evre 3 de 6.8 ± 2.5 bulunmuştur ($p=0.75$), kol semptomları değerlendirildiğinde; evre 1 de 5.9 ± 1.8 , evre 2 de 5.6 ± 2.0 ve evre 3 de 6.0 ± 2.1 bulunmuştur ($p=0.4$), saç

dökülmesi puan ortalamaları değerlendirildiğinde; evre 1 de 2.5 ± 1.1 , evre 2 de 2.4 ± 1.1 ve evre 3 de 1.8 ± 0.5 bulundu ($p=0.36$).

Tablo 12: EORTC QLQ-C30 ile meme kanseri evrelerine göre karşılaştırılması

EORTC QLQ-30	EVRE 1 n:53	EVRE 2 n:128	EVRE 3 n:69	P
	ORT \pm SD	ORT \pm SD	ORT \pm SD	
GENEL SAĞLIK				
Genel İyilik Hali	9.3 \pm 2.2	9.3 \pm 2.9	8.9 \pm 2..9	0.6
FONKSİYONEL ÖLÇEK				
Fiziksel fonksiyon	8.8 \pm 2.7	8.6 \pm 2.9	9.5 \pm 3.0	0.08
Rol fonksiyon	3.5 \pm 1.2	3.6 \pm 1.4	3.8 \pm 1.7	0.5
Bilişsel durum	3.4 \pm 1.2	3.5 \pm 1.4	3.8 \pm 1.7	0.2
Ruhsal durum	8.1 \pm 2.4	8.2 \pm 3.2	9.2 \pm 3.4	0.06
Sosyal durum	4.1 \pm 2.0	4.4 \pm 1.7	4.6 \pm 1.9	0.3
SEMPTOM ÖLÇEK				
Dispne	1.4 \pm 0.5	1.5 \pm 0.6	1.7 \pm 0.8	0.08
Bulantı-kusma	2.8 \pm 1.3	2.9 \pm 1.3	3.0 \pm 1.4	0.6
İştahsızlık	1.5 \pm 0.6	1.6 \pm 0.8	1.8 \pm 0.8	0.1
Uyku Bozukluğu	2.2 \pm 0.9	2.1 \pm 0.9	2.3 \pm 1.0	0.5
Ağrı	3.7 \pm 1.2	3.6 \pm 1.4	4.1 \pm 1.6	0.07
Yorgunluk	6.1 \pm 1.7	6.2 \pm 2.4	6.8 \pm 2.5	0.2
Kabızlık	1.6 \pm 0.8	1.5 \pm 0.8	1.8 \pm 0.9	0.3
İshal	1.1 \pm 0.3	1.3 \pm 0.6	1.4 \pm 0.6	0.05
Finansal zorluk	2.0 \pm 1.0	2.5 \pm 1.0	2.7 \pm 1.0	0.007

Tablo 13: EORTC QLQ-BR23 ile meme kanseri evrelerine göre karşılaştırılması

EORTC QLQ-BR23	EVRE 1 n:53	EVRE 2 n:128	EVRE 3 n:69	P
	ORT±SD	ORT±SD	ORT±SD	
FONKSİYONEL ÖLÇEK				
Vücut görüntüsü	9.5±3.6	9.8±3.6	10.8±3.9	0.1
Cinsel yaşam	2.7±1.0	3.3±1.3	3.0±1.1	0.04
Cinsel haz	1.5±0.7	1.6±0.7	1.5±0.7	0.5
Gelecek beklentisi	2.3±1.1	2.5±1.0	3.0±1.1	0.008
SEMPTOM ÖLÇEK				
Yan etki	13.8±3.8	13.2±4.0	14.6±4.8	0.07
Meme semptomları	6.9±1.9	6.6±2.5	6.8±2.5	0.7
Kol semptomları	5.9±1.8	5.6±2.0	6.0±2.1	0.4
Saç dökülmesi	2.51±.1	2.4±1.1	1.8±0.5	0.3

TARTIŞMA

Kanser kişide yarattığı fiziksel, ruhsal ve sosyal travma ile hem kişisel hem de evrensel boyutta insanlığın önündeki en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir. Meme kanseri konusunda son yüzyılda yapılan yoğun çalışmalar farklı tedavi seçeneklerini gündeme getirmiştir. Tedavi uygulanırken, genellikle sağ kalım oranları, tedaviye yanıt ve süresi değerlendirilir. Ancak tedaviye yanıt değerlendirilirken yaşam kalitesine de olumlu katkı sağlamalıdır. Yaşam kalitesini araştırmak hastaların hastalığa ve tedaviye verdikleri cevapların belirlenmesi, belirli bir tedavinin yaşam kalitesi üzerine yaptığı etki hakkında bilgi vermesi ve hasta için uzun dönem olabilecek tedavi alternatiflerini ön plana çıkarması bakımından yararlı olabilmektedir.⁸⁶

Meme kanseri tedavisinde; cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi yöntemleri kullanılmaktadır. Meme kanserinde kullanılan cerrahi tedavi yöntemleri sıklıkla; MRM, BM, ve MKC'dir. Meme kanserli olgularda, uygulanan cerrahi tedavi modalitelerinin hastaların; yaşam kalitesi, sosyal, psikolojik ve cinsel yaşamlarına etkileri ile ilgili çalışmaların sayısı azdır.⁸² Az sayıda yapılan klinik çalışmada, genellikle ameliyat tipine bağlı etkilenmeler üzerinde durulmuştur. Çalışmamızın literatürdeki raporlardan farkları; ameliyat tipi yanında hastalık evresi ve yaş gruplarının gözetilmesi ile vaka sayısının daha çok oluşudur.

EORTC QOL anketleri (QLQ-C30 ve QLQ-BR23) batı toplumları klinik çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır.¹⁰⁷ Çalışmamızda EORTC QLQ-C30 ve EORTC BR-23 anket formlarını tercih edilmesinin nedeni, anket formunun Türkçe versiyonunun olması, kolay anlaşılabilir olması, uluslararası güvenilirliğinin ve geçerliliğinin Türkiye'de de gösterilmiş olması, içerdiği soruların çalışmamıza uygun olmasıdır. SF-36, FACT-B gibi anketler çalışmanın amacını karşılamaması nedeni ile kullanılmadı.

Literatürde değerlendirildiğinde; çalışmamıza benzeyen 6 ayrı çalışmada hasta sayılarının en az 51, en fazla 229 hasta sayısını içeren farklı çalışmalar olduğu gözlemlendi.^{82,87-91} Çalışmamızda 250 hastanın değerlendirilmiş olması, hasta sayısı bakımından diğer çalışmalardan daha üstün olmasını sağlamıştır. Ancak çalışmaya alınan hastaların ameliyat yöntemleri arasındaki hasta sayısındaki

farkın (MRM:194, BM:29 ve MKC:23) fazla olması parametrelerin istatistiksel olarak anlamlılığa etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızın bir eksikliği de hasta grup ile kontrol grubunun karşılaştırılmamış olmasıdır. Literatürde meme kanserinde yapılan ameliyat tipleri incelendiğinde en sık yapılan ameliyat tipinin MRM olduğu ve MKC'nin daha az oranda yapıldığı görüldü.^{87,88} Çalışma grubumuzda yapılan ameliyat tiplerinin bu bulgularla uyumlu olduğu görülmüştür. Çalışmaya aldığımız hastalar, premenopozal ve perimenopozal dönemleri göz önüne alınıp, 28-55 yaş arasından seçildi.

Ülkemizde meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda, olguların eğitim düzeyi ilköğretim grubunda yoğunlaşmakla birlikte yurtdışında yapılan çalışmalarda bu yoğunluğun %50'ler üzerinde yükseköğretim grubunda olduğu görülmektedir.¹⁰⁸ Çalışmamızda öğrenim düzeylerine göre elde ettiğimiz veriler ülkemizde yapılan çalışmalarla paralellik göstermekte olup, ilköğretimi bitirenler büyük çoğunluğu oluşturmaktaydı. Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe MKC'nin tercih edildiği göze çarpmaktadır.¹⁰⁹ Bu bilgiye paralel olarak, çalışmamızda MKC yapılan hastaların çoğunluğunun eğitim düzeyinin diğer hastalara göre yüksek olduğu göze çarpmaktaydı.

Hastalarımızın medeni durumuna bakıldığında 237 (%94.8) hastanın evli, 9 (%3.6) hastanın boşanmış olduğu görüldü. İlginç olarak, boşanmış hastaların 7'sinin hastalık teşhisi konulduktan sonra eşlerinden ayrıldıkları belirlenmiştir. Bu durumun hastaların yaşam kalitesini ve tedavi sürecini etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Literatürde, boşanmış hastaların oranı çalışmamıza oranla daha yüksek idi. Ancak bu durumun hastalık öncesi mi yoksa hastalık sonrası mı ortaya çıktığı değerlendirilmemiştir.^{86,92} Dubashi ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada değerlendirilen 51 hastanın 2'sinin hastalık teşhisinden sonra boşandığı görüldü.⁸⁷

Literatürde meme kanseri teşhisi ve tedaviye uyumda sağlık bakım ekibinin yanı sıra aile ve özellikle eş desteğinin önemli olduğu belirtilmekte ve destek alan bireyin anksiyetesinin daha düşük olduğu vurgulanmaktadır.²³

Literatürde aile öyküsü %5-15 oranlarında görüldü.⁹³ Dubashi ve arkadaşlarının çalışmasında %11.8 olarak bulundu.⁸⁷ Bizim çalışmamızda da aile öyküsü %16 olarak tespit edildi ve literatüre uyumlu olduğu düşünüldü.

Meme kanserli hastalarda hormon reseptör pozitifliği ER(+) ve PR(+)'liği literatürde %30-60 ve Her2 ise %20-25 oranında pozitif saptanmaktadır.⁹⁴ Çalışmamızda ER pozitifliği %74, Her2 pozitifliği (İmmünohistokimya +3 ve FISH +) ve (2+ ve FISH+) ise %27 olarak bulundu.

Kanserin, tipi ve orijini ne olursa olsun yaşam üzerinde olumsuz etkileri vardır. Tıbbi teknoloji ve tedavi seçeneklerindeki gelişmeler erken tanı ve uzun sağkalım oranlarına imkân sağlamaktadır. Ancak bu daha iyi yaşam kalitesi için kanserle yaşamayı öğrenmesi gereken daha geniş bir hasta popülasyonunu da beraberinde getirmektedir. Kanserle yaşamak, semptomlardan ve kansere bağlı gelişen diğer günlük kısıtlamalardan kurtulmayı ve yeni bir yaşam standardı oluşturmayı gerektirmektedir.

Çalışmamızda MRM ile BM ve MKC uygulanan hastaların yaşam kaliteleri EORTC QLQ-C30 ile değerlendirildiğinde tüm ölçeklerde MRM grubunun MKC'ye göre daha kötü etkilendiği görülmüştür. İlâveten alt gruplardan genel iyilik hali, sosyal durum, kabızlık ve yorgunluk parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü. Çalışmamızda dört parametrede istatistiksel olarak anlamlılık olmasını yani çoğunluğunun anlamlı olmamasını ameliyat tiplerinin eşit sayıda olmamasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Ancak Türkiye'de yapılan bir çalışma da ameliyat tiplerine göre eşit hasta alınmasına rağmen sonuçları bizim sonuçlar gibi az sayıda parametrede anlamlılık bulunduğu bildirilmiştir.¹⁰⁹

Zanapalioğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada genel olarak yaşam kalitesi değerlendirme; iyilik hissi, fonksiyonel durum ve semptom kontrolü alt gruplarına göre MKC uygulanan hastalarda MRM uygulananlara oranla anlamlı derecede daha iyi bulunmuştur. Dubashi ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ise genel sağlık durumu mastektomi grubunda meme koruyucu cerrahi uygulanan gruba oranla daha iyiydi. Bölgesel ağrının MKC grubunda hafif olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Finansal problemler de ayrıca MKC grubunda daha fazlaydı. Ganz ve arkadaşları cerrahiden bir yıl sonra MRM ve MKC grupları arasında psikolojik olarak bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir.⁹⁵ Omne-Poten ve arkadaşları 62 MRM hastasında %45 anksiyete, %49 depresyon ve 37 MKC hastasında %40 anksiyete, %43 depresyon olduğunu saptamışlardır.⁹⁶ Bizim çalışmamızda psikolojik durumu

yansıtın ruhsal durum ve bilişsel durum gruplarında literatürle uyumlu olarak MKC yapılan hastalarda daha iyi bulundu.

Yapılan bir çalışmada sosyal durum açısından fiziksel durum ve/veya adjuvan tedavilerin aile yaşamı ve sosyal aktiviteler üzerine etkileri sorgulandı. Uzun ve yorucu kanser tedavisi hastanın ailesini, işini ve sosyal yaşamını etkileyerek iş gücü kaybına, umutsuzluk, çaresizlik, sosyal izolasyon, tükenmişlik hissi ve son olarak da depresyona neden olmaktadır.⁹⁷⁻⁹⁹

Zanapalıoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında MRM hastalarında MKC hastalarına göre sosyal durumla ilgili zorluk yaşadıklarını gözlemlenmiş.⁸² Bu bulgu MKC'nin sosyal durumla ilgili yaşam kalitesi üzerine daha olumlu etki ettiği düşüncesini de desteklemektedir. Bizim çalışmamızda da sosyal durum MKC'de MRM'ye göre anlamlı olarak daha iyi bulundu.

Kenefick ve arkadaşlarının meme kanserli hastaların yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yaptıkları araştırma sonuçlarında; hastaların en sık yaşadıkları sorunların ağrı ve halsizlik olduğu, bunların dışında bulantı, iştahsızlık, alopesi, dispne, kusma, ishal, uykusuzluk, mide yanması, sindirim sorunları, görme kaybı ve baş ağrısının da görüldüğü belirtilmiştir. Tüm bu sorunlar kanserli bireylerin fonksiyonel yaşamlarında zorluklara neden olmaktadır.⁹⁰

Kişilerin vücut görüntüsü sosyal hayatı, dolayısıyla yaşam kalitesini etkilemektedir. Kol ödemi, saç dökülmesi, meme semptomları ölçekleri vücut görüntüsü değişiklikleridir. Çalışmamızda MKC yapılanlarda MRM'ye göre daha az etkilendiği ve anlamlı fark olduğu saptandı. Hastalığın evresi arttıkça ve genç yaşta hastalar daha kötü etkilendiği görüldü. Kol ödemi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik major komplikasyonlardan biridir. Kolda ödem gelişimine katkı sağlayan faktörler arasında, kanser tedavisinde uygulanan ameliyatın şekli, çıkarılan ve etkilenen lenf nodunun sayısı, radyoterapi ve kemoterapi yer almaktadır. Aksiller nod disseksiyonu veya radyoterapi yapılan bütün hastalarda lenf ödemi gelişme riski bulunmaktadır. Sadece mastektomi ve aksiler disseksiyon sonrası % 2.5 oranında kol ödeminin radyoterapi eklenmesiyle görülme sıklığının %20-30'lara kadar çıktığı bildirilmektedir.^{20,89} Pyzel ve arkadaşları EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği ile yapmış oldukları bir çalışmada kol ödemi olan hastalarda fiziksel, ruhsal ve sosyal

durum bozukluğunun daha fazla olduğunu, ağrı ve yorgunluğun daha çok hisedildiğini bildirmişlerdir.¹⁰⁰

Çalışmamızda kanserle ilgili genel yaşam kalitesi ölçeği olarak EORTC QLQ-C30 kullanıldı. Hastaları yaş grupları ve hastalığın evresine göre de değerlendirdik. Literatürde böyle bir çalışmaya ulaşılamadı. Hastaların yaşına göre değerlendirdiğimizde orta yaş (Grup 2) grubunun hastalıktan daha kötü etkilendiği görüldü. Bilişsel durum ve finansal zorluk alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlılık vardı. Finansal durumda genç yaş (Grup 1) grubu daha kötü etkilenirken, bilişsel durumda orta yaş (Grup 2) grubu daha kötü etkilendiği görüldü. Orta ileri yaş (Grup 3) tüm gruplarda daha az etkilendiği görüldü. Bu durumun hayat tecrübesi, maddi olarak belirli bir standardın oluşması, aile bağlarının daha güçlü olması ve olgunluğa bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

Hastalığı evrelerine göre alt grupların değerlendirildiğinde evre 3 de beklendiği gibi tüm gruplarda daha fazla etkilenme görüldü. Çalışmada finansal zorluk ve ishal parametreleri istatistiksel olarak anlamlıydı. Beklendiği gibi evre 3 de kötü etkilenme olması hastalığın daha çok yayılmış olması, ameliyat tipi, radyoterapi alması ve nispeten daha ağır kemoterapi verilmesi kötüleştirilen faktörler olarak düşünebiliriz. Literatürde hastalığın evrelerine göre anketlerimizin alt grupları ile yapılan değerlendirmeye rastlanılmadı.

Çalışma amaçlarımızdan biri de mastektomi sonrası cinsel yaşam değişikliklerini sorgulamaktı. Ameliyat tiplerine göre değerlendirdiğimizde MKC'nin MRM'ye göre avantajlı olduğu ancak anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Yaş gruplarına göre değerlendirdiğimizde genç grubun daha fazla etkilendiği görüldü, ancak istatistiksel anlamlılık saptanmadı. Hastalığın evrelerine göre kıyasladığımızda ise evre 3 de daha fazla olumsuz yönde etkilenme görüldü ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Evre 3 de etkilenmenin fazla görülmesi beklenen bir sonuçtu. Yine literatürde bunun bulgusuna rastlanamadı.

Türkiye'de yapılan bir çalışmada bizim sonuçlarla uyumlu bulunmuş ve hem cinsel tatmin (haz), hem de cinsel yaşam etkilenmesinin MRM grubunda daha kötü olduğu bildirilmiş.⁸² Türk kadınlarında psikoseksüel bozuklukların az olmasının muhtemel sebepleri düşük seksüel beklenti ile kültürel ve sosyal özellikler nedeniyle anketin yanıtlanmasında utangaçlık duyulması olabilir. Bir diğer yandan, mevcut psikoseksüel bozuklukların %55'i cerrahiden sonra , %24'ü kemoterapi sonrasında ve %1'i radyoterapi sonrasında ortaya

çıkılmaktadır. Bu sonuçlar, invaziv cerrahi tedavi yöntemlerinin Türk kadınlarının psikoseksüel yaşamlarını derinden etkilediğini göstermektedir.⁸² Whalen ve ark. radyoterapi ile ve radyoterapi olmadan tedavi edilenlerdeki farkın 2 yıllık takip sonunda kaybolduğunu belirtmiştir.⁹⁹ Arora ve ark. kemoterapi ile tedavi alan hastalarda seksüel tatmin konusunda önemli ölçüde bozukluk olduğunu tespit etmişlerdir.¹⁰¹ Ganz ve arkadaşları kemoterapiye bağlı amenoresi olan hastalarda psikoseksüel bozuklukların oranının çok daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.¹⁰² Burwell ve arkadaşları mastektomi sonrası yaşanan cinsel sorunlarının nedenini, vücut görünümünün bozulması ve cinsel isteğin azalması ile açıklamıştır.¹⁰³ Literatürde ameliyat tipinin cinsel doyuma etki edeceği varsayılarak yapılan bir çalışmada total mastektomi yapılan hasta da daha fazla olumsuz etkilenme bulunmuş¹⁰², ancak çalışmamızda olduğu gibi anlamlı fark görülmemiş. Çalışmamızda olduğu gibi literatürde ameliyat tipinin cinsel yaşam ve cinsel doyum üzerine etkisi incelendiğinde MKC'nin mastektomiye oranla daha az olumsuz etkilendiği gözlemlenmiştir.¹⁰⁴

Genç yaştaki hastalar (Grup 1) cinsel doyum açısından daha olumsuz etkilenmelerine rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Literatürde genç hastaların cinsellikle ilgili daha çok problem yaşadığı belirtilmiştir.¹⁰⁵ Türkiye'de yapılan bir çalışma da 41 yaş üzerindeki hastaların cinsel doyumları, 41 yaş altındaki gruba göre daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir.¹⁰⁶

SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Ancak son yıllarda yapılan toplum bazlı çalışmalar ve eğitim ile kadınlarımız daha da bilinçlendirilmiştir. Kendi kendine meme muayenesi ve erken teşhis imkanlarının artması ile hastalık daha çok erken evrelerde tespit edilmektedir.

Günümüzde kanser tedavisindeki gelişmeler tedavi seçeneklerini arttırmakta, tedaviler kombine, yoğun ve daha uzun bir zaman dilimine yayılarak yapılmaktadır. Uygulanan sistemik tedaviler sağkalım oranını yükseltmekte ve kanserin tekrarlama riskini azaltmaktadır. Aynı zamanda kemoterapi, endokrin tedaviler, radyoterapi ve cerrahi gibi farklı tedavi şekillerinin bir çok yan etkiyi de beraberinde getirmesi ile bu hastaların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği literatürde bildirilmektedir.²³

Meme kanseri fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi açıdan bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir hastalık olup, bir kadının hayatı boyunca yaşayabileceği en büyük travmalardan biridir.⁶ Meme kanserinin primer tedavisi cerrahidir. Hastanın tedavisi multidisipliner yaklaşımla planlanmalıdır. Tedavi sırasında ve sonrasında hastaya aile desteği önem kazanmaktadır. Tedavilerin hastanın yaşam kalitesini, psikolojik, sosyal ve cinsel yaşamını etkilediğini unutmamak gerekir.

Günümüzde meme kanseri görülme sıklığı arttığından toplumda kadınların periyodik olarak kontrollerini yaptırması gerektiği bilincini oluşturmak ve erken evrede yakalamak hedefimiz olmalıdır. Yapılacak düzenli kontrollerle erken evrede yakalanan meme kanserinde yapılacak cerrahi girişimlerin hastada daha az psikolojik travma yaratacağı düşünülmelidir. Erken dönemde tanı konulan meme kanserli hastaların cerrahi tedavisinde MKC tercih edileceğinden , çalışmamızda da görüldüğü gibi hastaya genel yaşam kalitesi, sosyal ve cinsel açıdan daha olumlu etkisi olacaktır.

Hastalara hekimler tarafından hastalıkları ve tedavi seçenekleri hakkında detaylı bilgi verilmeli ve karar birlikte verilmelidir. Hekimler meme kanseri olan kadınların cinsel yaşamına ilişkin yaptığı her türlü eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde hasta eşinin de katılımını sağlayarak aile desteğinin artırılması ayrıca mümkünse profesyonel destek almaları konusunda teşvik etmelidir.

Hastaların yaşam kalitesini geliştiren her türlü destek ve yardımın, hastalık nedeniyle yaşanan kaygı ve akıl sağlığı olumlu yönde etkilediğinden sosyal destek girişimlerinin önemi bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Harold JB, Jay RH, Monica M et al: Malignant Tumors Of The Breast. DeVita, Hellman, And Rosenberg's: Cancer; Principles & Practice of Oncology. 8th Ed. Vol: Two, Philadelphia; 2008; pp: 1606-1654
2. TC Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı 2005 yılı Türkiye Kansere İstatistikleri
3. Brenin DR, Morrow M, Moughan J: Management of Axillary Lymph node in reast cancer; A National patterns of care study of 17,151 patients, Ann surgery, 1999: 30; 686-91
4. Bernard F, Kent O, Richard GM, et all: Neoplasms of the Breast In:Cancer Medicine 4th edition Williams&Wilkins.1997:2349-429
5. De Marquiegui A,Huish M (1999) A womans's sexual life after an operation. BMJ,318: 178-181
6. Rowland H.J: Psychological impact of treatment for breast cancer. Ed: Spear S, Willey S, Surgery of Breast, Lippincott Williams, Philadelphia, 2006.
7. Arslan S,Bölükbaşı N,Kanserele hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. AÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,6;3,s. 38-47, Erzurum, 2003
8. Babacan A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi Cilt:2 Sayı:3;2006.
9. Özyılkan Ö, Neoplasma 1998; 44 (1): 50 - 52
10. Batson OV. The role of the vertebral veins in metastatic process of the breast cancer. Annals of Internal Medicine; 16-38: 1942
11. Miller MR, Kasahara M. Cutaneous innervation of the human breasts. Anat Rec. 135: 153-167; 1959
12. Haagensen CD. Physicians role in detection and diagnosis of breast disease. In: Haagensen CD, ed. Disease of the breast. 3rd edition. Philedelphia, London. W.B.Saunders: 516-576; 1986)
13. Jamal A, et al. 2006 American Cancer Society Inc. Surveillance Research.CA Cancer Journal Clinic: 2006: 56; 56; 108-30
14. Kirby IB, Coppeland EM. Breast. In: Seymour IS, Shires GT, Spencer FC, Husser WC. Principles of surgery, vol 1.Ed. 6th edition. New York , Mc Graw Hill. 531-593; 1994

15. Kirby IB, Coppeland EM. Breast. Physiologic considerations in normal, benign and neoplastic states. In: Thomas AM, Brian JR. Physiologic basis of modern surgical care. USA, Mosby. 1019-1056; 1988
16. Rosenbloom AL. Breast physiology: Normal and abnormal development and function. The breast. Comprehensive management of benign and malignant disease. In: Vol 1. Ed: Kirby IB, Coppeland EM. 2nd edition, W.B.Saunders. USA: 38-50; 1988
17. Farrar WB, Walker MJ, Minton JP. Physiology of the breast. Cancer of the breast. Ed: Donegan WL, Spratt JS. 4th edition. W.B.Saunders USA: 43-51; 1995
18. Haagensen CD. The normal physiology of the breast. In: Chapter 2. Disease of the breast. Ed: Haagensen CD. 3rd edition. W.B.Saunders Philadelphia : 47-55; 1986
19. <http://www.kanser.gov.tr/html>. Erişim tarihi:26.10.2011
20. Gül A: Meme Kanseri Ameliyatlarından Sonra Lenfödemin Önlenmesinde Basit Lenf Drenajı Masajı ile Aromatik Yağlarla Yapılan Basit Lenf Drenajı Masajının Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, M.Ü sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005
21. Isern A.E, Tengrup I, Loman N, Olsson H, Ringberg A: Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. Plast Reconstr Aesthet Surg13 (1), 2007
22. Can G: Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001
23. Karabacak Ü: Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyici Hemsirelik Bakımının ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması ile Etkilesimi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2004
24. Güllüoğlu B.M. Risk factors. In: Essentials in the Management of Breast Diseases. Ed: Gazioğlu E. Celcius M.P, Bucharest; 131-145, 2005.
25. Eroğlu K: Meme kanserinin kontrolünde yeni yaklaşımlarda hemsirenin rol sorumlulukları. Meme Sağlığı Kongresi, Hemsirelik Kursu Notları, Ankara, 2007
26. Güllüoğlu B.M. Etiology. In: Essentials in the Management of Breast Diseases. Ed: Gazioğlu E. Celcius M.P, Bucharest; 128-130, 2005

- 27.** Spratt JS, Donegan WL: Screening and follow-up. In Donegan WL, Spratt JS(eds) Cancer of breast.Philadelphia,W.B Saunders co,1995
- 28.** Foster RS, Costanza MC: Breast self examination practices and breast cancer survival. Cancer .1984;53:167
- 29.** US Preventive Services Task Force : Guide to clinical preventive services ,ed 2.Baltimore,Maryland ,Williams and Wilkins 1996.
- 30.** Meme hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fak. Meme hastalıkları grubu.2003
- 31.** UK trial of early detection of breast cancer group. First results on mortality reduction in the UK trial of early detection of breast cancer. Lancet 1988;411-415
- 32.** Gasrtrin G,Miller AB, To T et all: Incidence and mortality from breast cancerin the MAMA. Program for screening in Finland, 1973-1986, Cancer 73:2168,1994
- 33.** Tabar L,Duffy SW, Vitak B at all, The natural history of breast carcinoma, What have we learned from screening? Cancer 1999;86: 449-461
- 34.** Feig SA, Ductal carcinoma in situ, İmplications for screening mammography Radiol Clinic North Am 2000;38: 653-668
- 35.** Tabar L, Vitak B, Chen HH, The Swedish two-country trial twenty years later. Updated mortality results and new insights from long-term follw-up. Radiol Clinic North Am 2000; 38: 625-661
- 36.** Zonderland HM, Coerkamp EG, Hermans J, Diagnosis of brast cancer: Contribution of US as an adjunct to mammography, Radiology 1999;213:413-422
- 37.** Reynolds HE, Sonographically guided breast interbention, Applied Radiology 1995;25-31
- 38.** Bruneton JN, Caramella E, Axillary node metastasis in breast cancer: Preoperative detection with US. Radiology 1986;158: 325-326
- 39.** Engin K, Meme Kanserleri, 1.baskı; Bursa: Nobel Tıp Kitapevi;2005
- 40.** Harold JB, Jay RH, Monica M et al: Malignant Tumors Of The Breast. DeVita, Hellman, And Rosenberg's: Cancer; Principles & Practice of Oncology. 8th Ed. Vol: Two, Philadelphia; 2008; p: 1618-161

- 41.** Can G: Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001
- 42.** Bozfakioğlu Y, Dağoğlu T, İçci A, Keçer M, Müslümanoğlu M, Özmen V, Ünal M: Meme Kanseri. Ed: Kalaycı G.Genel Cerrahi, Tayf Ofset, İstanbul,2002
- 43.** Mathes S, Lang J: Breast Cancer: Diagnosis, therapy and postmastectomy reconstruction. Ed: Hentz V, Mathes S.Plastic Surgery. Elsevir Inc. Philadelphia, 2006
- 44.** Ward B, Reis A: Breast Disease. Ed: Noble J, Primary Care Medicine, Third edition, Mossby St. Loussis, pp: 364-367, 2001
- 45.** Tominaga T, Takashima S, Danno M: Randomized clinical trial comparing level II and level III axillary node dissection in addition to mastectomy for breast cancer. Br JSurg; 91: 38-43, 2004
- 46.** Dağoğlu T: Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi. Ed: Kalaycı G, Genel Cerrahi, s. 594-606, Tayf Ofset, İstanbul, 2002
- 47.** Honig S: Incidence, trends and the epidemiology of Breast Cancer. Ed: Spear S,Willey S, Surgery of Breast, Lippincott Williams, Philadelphia, 2006
- 48.** Çolak A: Meme Kanserli Hastalarda Serum Leptin Düzeyleri ve Histopatolojik Parametrelerle İlişkisi, Sağlık Bakanlığı. Dr.Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004
- 49.** Can Z,Emiroğlu M,Kaya B, Serel S, Sen Z: İmplant ve doku genisleticiler ile meme rekonstrüksiyonu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt 57, Sayı 3, Ankara, 2004
- 50.** Pertek J: Modifiye radikal mastektomi. Ed: King TA, Borgen PI, Meme Cerrahi Atlası, Turgut Yayıncılık, 2007
- 51.** Burstein H.J, Winer E.P. Primary care for survivors of breast cancer. N Eng J Med 343: 1086-1094, 2000
- 52.** Cody H: Meme Koruyucu Tedavi Ed: King, T, Borgen P, Meme Kanseri Cerrahi Atlası, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007
- 53.** Duff M, Hill DK, McGreal HG, Walsh S, McDermott EW. O'Higgins N.J.Prospective evaluation of the morbidity of axillary clearance for breast cancer. Br J Surg: 88: 14-17, 2001
- 54.** Gradishar W.J. :The future of breast cancer: the role of prognostic factors. Breast Cancer Research Treatment 2005;89 Suppl 1:s. 17-26, 2005

- 55.** Güllüoğlu B.M, Cingi A, Cakir T, Gercek A, Barlas A, Eti Z: Factors related to post treatment chronic pain in breast cancer survivors. The interference of pain with life functions. *Int J Fertil Womens Med* 2006; 51: 75-82, 2006
- 56.** Hogle P, Quinn, E, Heron D: Advances in Brachtherapy : new approaches to target breast cancer, *Clinical Journal of Oncology Nursing* ,7(3):324-328, 2003
- 57.** Haydaroğlu A, Kamer S, Yalman D, Öz saran Z, Dubova S, Aras A, Bölükbası Y, Yılmaz R: Mastektomi sonrası adjuvan radyoterapi: 1494 olgu değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt 2, sayı 2, s.77-84, 2006
- 58.** Haydaroğlu A, Öz saran Z, Akagündüz Ö, Arun S, Yalman D, Dubova S, Aras A, Kapkaç M, Özdemir N: Meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi uygulanan erken evre meme kanserlerinde lokal kontrol ve sağ kalımı etkileyen prognostik faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt 2 ,sayı 2, s.71-76, 2006
- 59.** Dinçer M: Mastektomi sonrası adjuvan radyoterapi: Tartışılan endikasyonlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, cilt 4, sayı 1, s. 9-14, 2008.128
- 60.** Turna H: Erken evre meme kanserinde adjuvan kemoterapi ve hormonal tedavi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 54. Aralık; s. 105 – 109, 2006
- 61.** Baum M. Adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with early breast cancer: where are we now? *Eur J Cancer*; 41: 1997-1677, 2005
- 62.** Shapiro C.L, Recht A. Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *New England Journal Medicine* 2001; 344: 1997-2008
- 63.** Goldhirsch A, Glick J.H, Gelber R.D, Coates A.S, Thürlimann B, Senn H.J. Panel members. Meeting highlights: International expert consensus on the primary therapy of early breast cancer. *Ann Oncol* 2005; 16: 1569-1583, 2005
- 64.** Yılmaz E: Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006
- 65.** Şenol Y, Türkay M: Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, cilt 5, sayı 5, s. 382-389, 2006
- 66.** Besiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Askın R: Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8:5-13, 2007
- 67.** Eser E.: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birlik*, 1: 1-5, 2006

- 68.** Akın S: Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Etkililiklerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2007
- 69.** Şahin H: Eski bir kavram, yeni bir ölçüt; Yaşam Kalitesi. Toplum ve Hekim, 12:77, s. 40-46, istanbul,1997
- 70.** Reis N: Kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. C.Ü HemsirelikYüksek Okulu Dergisi, 7:2, 2003
- 71.** Al-Ghazal S.K, Sully L, Fallowfield L, Blamey R.W: The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction.. Europe Journal Surgery Oncology, 26: 17-19, 2000
- 72.** Al-Ghazal S.K, Fallowfield L, Blamey R.W. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. Eur J Cancer; 36: 1938, 2000
- 73.** Üstün B: Meme kanserinde psikososyal boyut ve hemsirelik yaklaşımları, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Hemsirelik Kurs kitabı, s.54-64, Ankara, 2007
- 74.** Kızılcı S: Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. C.Ü Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi, 3:2, 1999
- 75.** Çavdar İ: Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi, cilt 2sayı 2, s.64-66, 2006
- 76.** Çam O, Gümüş A: Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemsirelik girişimleri. Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi,10(3) 52-60, 2006
- 77.** Beser N, Öz F: Kemoterapi Alan Lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi,7 (1), 2003. 132
- 78.** Aydın H, Akdemir N: Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 26: 488-49, 2006
- 79.** Barlas A, Güllüoğlu BM ve Bottomley A: Meme kanseri nedeni ile ameliyat olan hastalarda yapılan ameliyat tipinin hayat kalitesi üzerine etkisi. Ulusal Cerrahi Kongresi, Özet Kitabı, Kemer, Antalya, 2002.
- 80.** Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D: Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. Breast J; 10: 223-231, 2004

- 81.** Karamanoğlu A.Y, Özer F: Mastektomili hastalara evde bakım. Meme Sağlığı Dergisi, cilt 4, sayı 1, s. 21-24, 2008
- 82.** Zapanalıoğlu E.Y, Atahan K, Gür S, Çökmez S, Tarcan E (2009). Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. The journal of breast health 2009 Vol:5-No:3
- 83.** Güzelant A, Göksel T, Ozkok S, Tasbakan S, Aysan T, Bottomley A: The European Organization for Research and Treatment of Cancer C-30: An Examination into the cultural validity and reliability of Turkish version of the EORTC QLQ-C30. Eur J Cancer Care, 13:135-44, 2004
- 84.** Montazeri, A, I. Harirchi, M. Vahdani, 2000. The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23): translation and validation study of the Iranian version. Qual. Life Res. 9: 177–184. 361–370
- 85.** http://www.çsgb.gov.tr/çalışma_genel_müdürlüğü. Erişim tar: 20.10.2011
- 86.** Bozkurt B, Sülü B, Ünal B, Koçer B, Yıldırım O, Karabeyoğlu M, Eroğlu A, Cengiz Ö: Erken evre meme kanserli hastaların SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi: Ameliyat Tipi Yaşam Kalitesini Etkiliyor mu? Klinikler & Doktor Dergisi, 10(3) s. 286-291, 2004
- 87.** Dubashi B, Vidhubala E, Cyriac S, Quality of life among young women with breast cancer: Study from tertiary cancer institute in South India, Indian Journal of Cancer, April-June 2010, Vol:47(2);142-146
- 88.** Salonen P, Tarkka MT, Kaunonen M, Journal of Clinical Nursing, 2010, 20: 255-266
- 89.** Lee TS, Kilbreath SL, Rfshauge KM, Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer, Support care cancer (2008) 16: 399-405
- 90.** Nagel GC, Schmidt S, Strauss BM . Quality of life in breast cancer patients: a cluster analytic approach, Breast cancer research and treatment , 2001, 68: 75-87
- 91.** Han J, Grothuesmann, Neises M, Quality of life and satisfaction after breast cancer operation, Ach Gynecol Obstet, 2009, 20: 234-238
- 92.** Ivanauskiene R, Kregzdyte R, Padalga Z, Evaluation of health-related quality of life in patients with breast cancer, Medicina (Kaunas) 2010;46(5): 351-359
- 93.** Uncu F, Meme sağlığı dergisi, 2011, Cilt 7, Sayı 3, Sayfa: 167-175

- 94.** Buzdar AU, Freedman RS, M.D Anderson Cancer Care Series, Breast Cancer, Second Edition, Springer, p: 330
- 95.** Ganz PA, Schag AC, Lee JJ, Polinsky ML, Tan SJ. Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer* 1992; 69: 1729-1738
- 96.** Omne-Ponten M, Holmberg L, Burns T, Adami HO, Bergstrom R. Determinants of the psychosocial outcome after operation for breast cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation. *Eur J Cancer* 1992; 28: 1062- 1067
- 97.** Lasry JC, Margolese RG, Poisson R: Depression and body image following mastectomy and lumpectomy . *Journal Chronic Disease* 1987; 40:529- 534
- 98.** Sertoz OO, Mete HE, Noyan A, Alper M, Kapkac M. Effects of Surgery Type on Body Image, Sexuality, Self-Esteem, and Marital Adjustment in Breast Cancer: A Controlled Study. *Turk.J.Psyc.* 2004; 15(4): 264-275
- 99.** Whelan TJ, Levine M, Julian J, Kirkbride P, Skingley P. The effects of radiation therapy on quality of life of woman with breast carcinoma, *Cancer* 2000 15:88; 2260-2266
- 100.** Pyszal A, Malyszczak K, Pyszal K, Andrzejak R, Szuba A: Disability, psychological distress and quality of life in breast cancer survivors with arm lymphedema. *Lymphology* Dec; 39(4): 185-92, 2006
- 101.** Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S, Mendelhall JH, Mahvi DM. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. *Cancer* 2001; 92: 1288-1298
- 102.** Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: Understanding women's health related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology* 1998: 16(2); 501- 514
- 103.** Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis N.E: Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol.* 2006 Jun 20;24(18):2815-21
- 104.** Waldmann A, Pritzkeleit R, Raspe H, The OVIS study: Health related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30 and –BR23 in German female patients with breast cancer from Schleswig-Holstein, *Quality of Life Research* (2007) 16: 767-776

- 105.** Dunn J, Steginga SK (2000), Young Women's Experience of Breast Cancer: Defining Young and Identifying Concerns. *Psycho-Oncology*, 9: 137-146
- 106.** Sertöz ÖÖ; Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin, Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı Ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi,2002
- 107.** Awad MA, Denic S, Taji H,Validation of the EORTC QLQ for Arabic-speaking population, N.Y. Academy of sciences.(2008) 1138:146-154
- 108.** Williams J, Filshie J: Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahi sonrası kronik ağrı. Ed: Rovere G, Benson J, Breach N, Nava M, *Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi*, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007
- 109.** Göktaş SB, Meme Kanserinde Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi,2008

SİMGELER VE KISALTMALAR

EORTC QLQ-C30	: European Organisation for the Research and Treatment of Cancer (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi) QLQ-C30 (Genel yaşam kalitesi)
EORTC QLQ-BR23	: European Organisation for the Research and Treatment of Cancer (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi) QLQ-BR23 (Meme kanserine özel)
ECOG	: Eastern Cooperative Oncology Group
MKC	: Meme Koruyucu Cerrahi
MRM	: Modifiye Radikal Mastektomi
BM	: Basit Mastektomi
LH-RH	: Lüteinize Hormon-Releasing Hormon
KKM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
FACT-G	: Functional Assesment of Cancer Therapy-General
VAS-C	: Visual Analogue Scale-Cancer
AJCC	: American Joint Committe on Cancer
TNM	: Tümör,Nod +,Metastaz sınıflandırması
UICC	: Union International Cancer Centre

TABLULAR

Tablo		Sayfa
Tablo 1a	(AJCC TNM Klasifikasyonu (2008))	18
Tablo 1b	(TNM sınıflamasına göre meme kanseri evreleri)	19
Tablo 1c	(UICC Patolojik Sınıflandırma(2008))	20
Tablo 2	(EORTC QLQ-C30 alt grupları ve anket soruları)	34
Tablo 3	(EORTC QLQ-BR23 alt grupları ve anket soruları)	35
Tablo 4	(Hastaların demografik özellikleri)	37
Tablo 5	(Hastaların meme kanseri özellikleri)	38
Tablo 6	(EORTC QLQ 30 ile ameliyat tiplerinin karşılaştırılması)	42
Tablo 7	(EORTC QLQ-C30 ile mastektomi ve MKC'nin karşılaştırılması)	43
Tablo 8	(EORTC QLQ-BR23 anketi ile ameliyat tiplerinin karşılaştırılması)	44
Tablo 9	(EORTC QLQ-BR23 ile mastektomi ve MKC'nin Karşılaştırılması)	45
Tablo 10	(EORTC QLQ-C30 ile yaş gruplarının karşılaştırılması)	47
Tablo 11	(EORTC QLQ-BR23 ile yaş gruplarının değerlendirilmesi)	48
Tablo 12	(EORTC QLQ 30 ile meme kanseri evrelerine göre karşılaştırılması)	50
Tablo 13	(EORTC QLQ-BR23 ile meme kanseri evrelerine göre karşılaştırılması)	51

EK-1: Hastaların demografik ve hastalık bilgileri için oluşturulmuş form

**MEME KANSERLİ HASTALARIN CERRAHİ TEDAVİ SONRASI
YAŞAM KALİTESİ, PSİKOSOSYAL DURUMU VE CİNSEL YAŞAM
KALİTESİ İLE İLGİLİ ANKET ÇALIŞMASI**

HASTA ADI SOYADI:

TARİH: / /20

YAŞ:

PROTOKOL:

ONKOLOJİ DOSYA NO:

TANI VE TARİHİ :

AMELİYAT TÜRÜ VE TARİHİ:

DEVAM EDEN TEDAVİ:

MEDENİ DURUMU: BEKAR

EVLİ

BOŞANMIŞ (Tarih:)

EĞİTİM DÜZEYİ : OKUMA YAZMASI YOK

İLKÖĞRETİM

LİSE

YÜKSEKOKUL

AYLIK GELİR(AİLE) : 0-500 TL

500-1000 TL

1000-3000 TL

3000 TL ve Üzeri

Siz ve sağlığınız hakkında bazı konularla ilgileniyoruz.Lütfen soruların tamamını size uygun olan rakamı daire içine alarak yanıtlayınız.Soruların “doğru” ve “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır.

Okudum,anladım ve verilen bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımına izin veriyorum.

HASTA ONAYI



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığımız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31									

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız olduğumuz mu?	1	2	3	4
17. İshal olduğumuz mu?	1	2	3	4
18. Yorulduğumuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarımız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okunak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel



EORTC QLO - BR23

Hastalar bazen aşağıda sözü geçen belirti ve sorunlardan bahsederler. Lütfen geçen hafta süresince bu belirti ve sorunlardan hangilerini ne derecede yaşadığınızı belirtiniz.

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Ağzınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
32. Yediklerinizi ve içtiklerinizi her zamankinden farklı bir tatta hissettiniz mi?	1	2	3	4
33. Gözlerinizde batma, yanma, sulanma oldu mu?	1	2	3	4
34. Saçınız döküldü mü?	1	2	3	4
35. Bu soruyu yalnızca saçınız döküldü ise yanıtlayınız: Saçınızın dökülmesinden ötürü sıkıntı duyduunuz mu?	1	2	3	4
36. Kendinizi hasta veya rahatsız hissettiniz mi?	1	2	3	4
37. Sıcak basmaları oldu mu?	1	2	3	4
38. Baş ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
39. Hastalığınız veya tedaviniz nedeni ile kendinizi daha az kadınsı hissettiniz mi?	1	2	3	4
40. Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda kendinizi daha az kadınsı hissettiniz mi?	1	2	3	4
41. Kendinizi çıplak olarak görmekte zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4
42. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?	1	2	3	4
43. Gelecekteki sağlığınız için endişe duyduunuz mu?	1	2	3	4

Geçen dört hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
44. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4
45. Cinsel olarak ne derece faaldiniz? (birleşme olarak veya birleşme olmadan)	1	2	3	4
46. Bu soruyu yalnızca cinsel açıdan faal olduğunuz ise yanıtlayınız: Cinsel hayatınız sizin için ne derece tatmin ediciydi?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
47. Kolumuzda veya omzunuzda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
48. Kolumuzda veya elinizde şişme oldu mu?	1	2	3	4
49. Kolumuzu kaldırmakta veya hareket ettirmekte zorlandınız mı?	1	2	3	4
50. Hastalığınız olduğu memenizin çevresinde ağrı hissettiniz mi?	1	2	3	4
51. Hastalığınız olduğu meme bölgenizde şişme oldu mu?	1	2	3	4
52. Hastalanan memenizde hassasiyet oldu mu?	1	2	3	4
53. Hastalanan meme bölgenizde cilt sorunlarınız oldu mu? (örn: kaşıntı, kuruma, döküntü)?	1	2	3	4

EK-4:Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı / Protokol Numarası: Meme de kitle nedeni ile mastektomi(memenin ameliyatla alınması) yapılmış hastalarda tedavinin yaşam kalitesi,sosyal ve cinsel yaşam üzerine olan etkileri/Yok

Araştırmanın Konusu: Çalışmaya uygun ve katılmayı kabul eden hastalarla yüzyüze yapılacak soru-cevap şeklindeki anket soruları ile ameliyat sonrası yaşam kalitesi,cinsel yaşam ve psikososyal değişikliklerin incelenmesidir.

Araştırmanın Amacı: Meme de kitle nedeni ile mastektomi yapılmış hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesi,psikososyal ve cinsel yaşam değişikliklerinin değerlendirilmesi.Bu amaçla uluslararası standartlarda geçerli olan EORTCQ-30 ve EORTCQ-BR-23 anket formlarının Türkçe versiyonu ile yüzyüze yapılan anket çalışması yapılacaktır.

Araştırmanın Süresi: 1 yıl

Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı: 300

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Anket Çalışması(Yaklaşık 30 dakika sürecek)

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Yok (Girişimsel herhangi bir işlem yapılmayacaktır)

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Yok

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: Yok

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:
Dr. Mustafa AKCA/0 324 337 39 78/1302

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu araştırmada yer almam nedeniyle hiçbir ödeme yapılmayacağını biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

BGOF asgari olarak yukarıda belirtilen başlıkları içermelidir.