

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERİ OLAN KADINLARIN CİNSEL
FONKSİYONLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Aydan ACAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ

MERSİN-2009

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERİ OLAN KADINLARIN CİNSEL
FONKSİYONLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Aydan ACAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ

TEZ NO:.....

MERSİN-2009

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan “Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi.01/06/2009

Unvanı, Adı ve Soyadı
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkan
Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ



Unvanı, Adı ve Soyadı
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER



Unvanı, Adı ve Soyadı
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Ahmet DAĞ



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 0306.2009 tarih ve 2009/208 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü
İmza mühür
Doç. Dr. Ülkü ÇÖMELKOĞLU



TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlamamda bana destek olup, deneyimlerini benden esirgemeyen tez danışman hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ'e**,

Tezimin istatistiksel analizlerinde yardımları için; **Sn. Öğr. Gör. İlter HELVACI'ya**, tezimin anket formunun oluşturulmasında emeği geçen MEÜ. Eğitim Fakültesi öğretim üyesi **Sn. Yrd. Doç. Dr. Devrim ÖZDEMİR ALICI'ya**,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaştığım, desteğini esirgemeyen **Sn. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'e**,

Çalışmamı onkoloji polikliniğinde yürütmeme izin veren Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Çalışmam süresince her türlü konuda bana destek olan **Elife KETTAŞ'a** ve **Zübeyde USANMAZ'a**

Çalışmamı yürüttüğüm onkoloji polikliniğinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım ekip arkadaşlarıma,

Destekleri ile her zaman yanımda olan aileme içtenlikle teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Meme Kanseri.....	6
2.1.1. Meme Kanserinin Tanımı.....	6
2.1.2. Epidemiyolojisi.....	6
2.1.2.1.Mortalite.....	8
2.1.3. Risk Faktörleri.....	9
2.1.3.1. Genetik Faktörler.....	9
2.1.3.2. Reprodüktif Faktörler.....	10
2.1.3.3. Hormonal Faktörler.....	11
2.1.3.4. Yaşam Şekli ve Çevresel Faktörler.....	12
2.1.4. Meme Kanserinin Tipleri.....	15
2.1.4.1. Lobüler Kanserler.....	15
2.1.4.2. Duktal Kanserler.....	16
2.1.4.3. Paget Hastalığı.....	16
2.1.4.4. İnflamatuvar Kanserler.....	16
2.1.5. Meme Kanserinin Belirtileri.....	16
2.1.6. Meme Kanserinde Yerleşim ve Yayılım.....	17
2.1.7. Meme Kanserinin Evreleri.....	17

2.1.8. Meme Kanserinde Tedavi Seçenekleri.....	19
2.1.8.1. Lokal Tedavi Yöntemleri.....	19
2.1.8.1.1. Cerrahi Tedavi.....	19
2.1.8.1.2. Radyoterapi.....	21
2.1.8.1.2.1. Radyoterapinin Yan Etkileri.....	22
2.1.8.2. Sistemik Tedavi Yöntemleri.....	23
2.1.8.2.1. Kemoterapi.....	23
2.1.8.2.1.1. Kombine Kemoterapi.....	25
2.1.8.2.1.2. Kemoterapinin Yan Etkileri.....	26
2.1.8.2.2. Hormon Tedavisi.....	26
2.1.8.2.2.1. Menopoz Öncesi Hormon Tedavisi.....	28
2.1.8.2.2.2. Menopoz Sonrası Hormon Tedavisi.....	29
2.1.8.2.2.3. Hormon Tedavisinin Yan Etkileri	29
2.1.8.2.3. Biyolojik Tedavi.....	30
2.1.8.3. Evrelendirmeye Göre Sistemik Tedavilerin Uygulanışı.....	30
2.1.8.3.1. Erken Evre Meme Kanserinde Tedavi.....	31
2.1.8.3.2. Yerel İleri Meme Kanserinde Tedavi.....	31
2.1.8.3.3. Metastatik Meme Kanserinde Tedavi.....	32
2.2. Cinsellik Kavramı.....	33
2.2.1. Kadınlarda Cinsel Yanıt Döngüsü.....	34
2.2.2. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu.....	36
2.2.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	37
2.2.3.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	37
2.2.3.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları.....	38
2.2.3.3. Orgazm Bozuklukları.....	39
2.2.3.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları.....	39
2.2.4. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunu Etkileyen Faktörler.....	40
2.2.5. Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Yaşamını Etkileyen Durumlar.....	42
2.2.5.1. Beden İmajının Değişmesi.....	42
2.2.5.2. Kemoterapi ve Radyoterapi Tedavisi.....	43
2.2.5.3. Hormon Tedavisi.....	44
2.2.5.4. Kanserin Neden Olabileceği Psikolojik Durum Değişlikleri.....	44

2.2.5.5. Eş İle İlişkilerindeki Değişim.....	46
2.2.6. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirenin Rolü.....	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
3.1. Araştırmanın Amacı.....	50
3.2. Araştırmanın Şekli.....	50
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	50
3.4. Araştırmanın Evreni.....	50
3.5. Araştırmanın Örnekleme.....	51
3.6. Verilerin Toplanması.....	51
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	51
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	51
3.6.1.2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	52
3.6.2. Ön Uygulama.....	53
3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	53
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	54
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
4. BULGULAR.....	55
5. TARTIŞMA.....	74
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	86
6.1. SONUÇLAR.....	86
6.2. ÖNERİLER.....	89
7. KAYNAKLAR.....	90
EKLER.....	101
EK-1. Kişisel Bilgi Formu.....	101
EK-2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	105
EK-3. İzin Yazısı.....	110
ÖZGEÇMİŞ.....	112

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Meme kanseri riskini etkileyen faktörler.....	15
Çizelge 2. Meme kanserinde klinik TNM sınıflandırması	18
Çizelge 3. Meme kanserinde evreleme.....	18
Çizelge 4. Meme kanserinde sık kullanılan kemoterapi rejimleri	25
Çizelge 5. Meme kanserinde hormonal tedaviler ve etki mekanizması.....	28
Çizelge 6. Hasta ve kontrol grubu kadınların kontrol değişkenleri.....	55-56
Çizelge 7. Hasta ve kontrol grubu kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları.....	57
Çizelge 8. Hasta ve kontrol grubu kadınların cinsel fonksiyon bozukluk durumları.....	57
Çizelge 9. Hasta ve kontrol grubu kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları.....	61
Çizelge 10. Hasta ve kontrol grubu kadınların çocuk sayısı, menstural durum, operasyon geçirme, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarına göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları.....	64
Çizelge 11. Hasta ve kontrol grubu kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları.....	67
Çizelge 12. Meme kanseri olan kadınların hastalık değişkenlerine göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları.....	69
Çizelge 13. Meme kanseri olan kadınların uygulanan tedaviye göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları	70-71
Çizelge 14. Meme kanseri olan kadınların tanı sonrası aile, çevre ve profesyonel destek alma durumlarına göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları	72
Çizelge 15. Meme kanseri olan kadınların tanı sonrası yaşam tarzlarındaki değişiklik durumlarına göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları.....	73

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
CD: Cinsel Disfonksiyon
KCIÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
BRCA 1/2: Meme Kanseri Geni
HRT: Hormon Replasman Tedavisi
DNA: Deoksi Ribo Nükleik Asit
ACS: Amerikan Kanser Derneği
SPSS: İstatistik Paketi
KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi
UICC: Uluslar arası Kanser Derneği
AJCC: Amerikan Kanser Komitesi
T: Tümör
N: Koltuk Altı Lenf Ganglionu
M: Uzak Metastaz
SERM: Spesifik Östrojen Reseptör Modülatörü
SERD: Spesifik Östrojen Reseptör Azaltıcı
LH: Lütinize Edici Hormon
LHRH: Lütinize Edici Hormon Salgılayıcı Hormon
NIH: Ulusal Sağlık Kurumu
CAF: Siklofosfomid, Doksorubisin, Florourasil
CEF: Siklofosfomid, Epirubisin, Florourasil
EC: Epirubisin, Siklofosfomid
AC: Doksorubisin, Siklofosfomid
FEC: Florourasil, Epirubisin, Siklofosfomid
FAC: Florourasil, Doksorubisin, Siklofosfomid
CMF: Siklofosfomid, Methotaxate, Florourasil
TAC: Doseksel, Adriamisin, Siklofosfomid
ER: Östrejen Reseptörü
PLISSIT: İzin, Sınırlı Bilgi, Spesifik Öneriler, Yoğun Tedavi

ÖZET

Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörler

Bu araştırma, meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile hasta ve kontrol grupları karşılaştırılarak yapılmış analitik bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemi hasta ve kontrol grubundan oluşmuştur. Hasta grubunu Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi onkoloji polikliniğine Meme Kanseri tanısı ile başvuran 115 kadın hasta, kontrol grubunu toplumdaki rastgele seçilmiş 115 sağlıklı kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” ve “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” (KCIÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde ortanca değer, çeyreklik ve yüzdeler hesaplanmıştır, ki kare, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Dunn testleri kullanılmıştır.

Araştırmada meme kanserinin kadın cinsel fonksiyonlarını önemli derecede etkilediği belirlenmiştir. Meme kanseri olan kadınların %86.1'inin, sağlıklı kadınların %66.1'inin cinsel fonksiyon bozukluğu (CD) yaşadığı saptanmıştır ve meme kanseri olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt boyut puanları ile KCIÖ'den aldıkları toplam puanları (14.80) sağlıklı kadınlara (23.10) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Meme kanseri olan kadınların yaşadığı CD'yi yaş, çocuk sayısı, adet düzeni, adet görme süresi, kronik sağlık sorunu olması, sürekli ilaç kullanma durumu, eşin yaşı ve mesleği, tanı konulma süresi, meme operasyonu geçirme süresi, uygulanan tedavi türü, ailesel ve profesyonel destek durumunun etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Cinsellik, Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.

ABSTRACT

Sexual Functions of Females with Breast Cancer and Affecting Factors

This study is an analytic which has been done in order to survey of women with breast cancer sexual functions and affecting factors, has been compared with patient and control group.

The sample of research has constituted of patient group and control group. The patient group is composed of 115 women with breast cancer who had consulted to the oncology polyclinic of the Mersin University of Health and its Research and Application Center, and 115 healthy women. Research's data has been collected by 'Personal Information Form' and 'Female Sexual Dysfunction Index (FSFI)'

In data's evaluation middle rate, quarter and percentage calculation, chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, tests of Dunn have been used.

It is determined in study that breast cancer significantly affects female sexual functions. 86.1% of breast cancer females, 66.1% of healthy females stabilized that living sexual dysfunction and by statistic females who have breast cancer desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain subdimension points with, was taking from FSFI total points (14.80) in comparison with healthy females (23.10) found meaning fully low. It is also determined that sexual disfunction on females with breast cancer, effects the age, have a child, state of menstrual siclus, duration of menstruation, duration of chronic illness, drug use, husband's age and occupation, duration of illness, time operation, type of treatment, family and Professional support.

Key words: Breast Cancer, Sexuality, Female Sexual Dysfunction, Female Sexual Dysfunction Index.

1. GİRİŞ

Çağdaş tıbbın en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, kronik bir hastalıktır (1). Kanser, yüzyıllar öncesinde olduğu gibi günümüzde de aramızdaki varlığını sürdürmekte ve insanlığı geçmişte olduğundan daha fazla tehdit etmektedir (2). Toplumda her beş kişiden biri, yaşantısının bir döneminde kanser ile karşılaşmaktadır (3). Bugün dünyada bir yıl içinde belirlenen kanserli hasta sayısı 6 milyon dolaylarındadır (4). Tüm yeni tedavi yaklaşımlarına karşın, halen kanserden ölümler gelişmiş toplumlarda ikinci sırada yer almaktadır (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre, dünyada kanserden ölenlerin sayısı 2004 yılında 7,4 milyondur. Bu rakamın 2030 yılında 11,8 milyona yükselmesi beklenmektedir (5).

Tüm dünyada erkekler arasında görülen kanser türü akciğer kanseri iken, kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir (6,7). Meme kanseri tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Avrupa'da yılda 180 bin, Amerika Birleşik Devletlerinde de yılda 184 bin yeni olgu saptanmaktadır (7). Ülkemizde ise meme kanseri %24,1 sıklıkla kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sırada yer almaktadır. Popülasyondaki görülme sıklığı her bölge ve ülkede değişmekle birlikte, genel olarak her yıl meme kanseri %1,5 sıklığında artmaktadır (1). Bir kadının hayatı boyunca meme kanserine yakalanma riski %12,2'dir. Yani her sekiz kadından biri hayatı boyunca meme kanserine yakalanmaktadır (8).

Kanser, fiziksel bir hastalık olduğu gibi ruhsal ve sosyal sorunların da yoğun olarak yaşanıldığı bir durumdur. Kanserle mücadelede, hastanın bedeninin ve beyнинin ortak mücadelesi gerekmektedir (9). Kanserli olan hastanın ruhsal yönden etkilenişi hastanın benlik gücü, kişilik yapısı, kanserli organına verdiği değer, aile düzeni, mesleki ve parasal durumu, destekleyici uğraşların olup olmaması gibi birçok değişkene bağlı olmaktadır (10).

Meme kanseri, diğer kanserlerde olduğu gibi, yaşamı tehdit eden bir hastalık olmasının ötesinde, hastalığın her evresinde ve her bir tedavi seçeneği uygulamasında, uygulanan tedavinin boyutları ve yan etkilerine bağlı olarak, hastanın hücresel, anatomik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarını etkileyebilmektedir (11,12).

Meme kanseri olan hastalar hem alttaki hastalıkla, hem de cerrahi girişimle ilgili, fizyolojik, psikolojik ve sosyal hastalık dinamiklerine göre değişen özgül endişe ve zorlanmalar yaşamaktadır. Birey; hastalığın tekrarlayacağı, otonomisini, temel işlevlerini kaybedeceği, çocuklarına bakamayacağı, ağrı çekeceği ve saçlarının döküleceği endişelerinin yanı sıra ayrılık kaygısı, ölüm, başkalarına muhtaç olma, kendini eksik hissetme, sevgi, ilgi ve desteği kaybetme gibi korkular yaşayabilmektedir. Ayrıca meme kanseri olan kadınların cinsel çekiciliklerinin kaybolacağı, eşi ile olan ilişkilerinin bozulacağını gibi korkularıda olabilmektedir (9).

Meme kanseri olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülebilmektedir. Cinsel fonksiyon bozukluğu (CD), insanlardaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden birinde oluşan aksamalardan kaynaklanan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (13). Cinsel fonksiyon bozuklukları, biyolojik sorunların bir belirtisi olabildiği gibi ruhsal ve kişilerarası sorunların ya da her ikisinin bir arada bulunması sonucu da görülebilmektedir (14).

Cinsel fonksiyon bozukluğunun sıklığı ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde %43 olarak belirlenmiş olmasına karşın, İngiltere’de %33, İzlanda’da ise %22 olduğu belirtilmiştir (15). Safarinejad tarafından (16) İran’da yapılan çalışmaya katılan kadınların %31,5’inde, Elnashar ve ark.’nın (17) yaptığı çalışma sonucunda Mısır’da kadınların %68,9’unda, CD olduğu belirlenmiştir. Kadın CD prevalansı ile ilgili en geniş seriye sahip çalışmalardan biri, ABD’de Laumann ve ark. (18) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, yaşları 18-59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen verilerden, erkeklerde cinsel sorun %31 sıklıkta görülürken kadınlarda bu sıklığın %43 olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde ise Çayan ve ark.’nın (19) yaptığı çalışmada CD görülme sıklığının yaşla birlikte artış gösterdiği ve 28-37 yaş aralığındaki kadınlarda CD sıklığının %25,5 olduğu saptanmıştır. Demirezen ve ark. (20) birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 40 yaş altı 123 kadında CD prevalansını %67,5 olarak belirlemiştir. Öksüz ve ark. (21) tarafından yapılan çalışmada kadınların %48,3’ünde CD bildirilmiştir. Demir ve ark.’nın (22) hastanede çalışan kadınlarda CD’na yönelik yaptıkları çalışmada ise kadınların %28,6’sında CD saptanmıştır.

Meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonuna yönelik yapılan çalışmalarda; Barni ve ark. (23), 12 ay önce cerrahi tedavi uygulanmış, cinsel açıdan aktif, tedavisini

tamamlamış 50 meme hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmada, tedavi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyonların azaldığını ve en fazla yaşanan sorunların sırasıyla; cinsel istek kaybı %64, cinsel istekte azalma %48, orgazm güçlüğü %44, vajinal kuruluk %42, disparoni %38 ve vajinismus %30 olduğunu saptamışlardır. Broeckel ve ark. (24) tarafından, kemoterapi tedavisi almış meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonlarının araştırıldığı çalışmada, meme kanseri olan kadınların sağlıklı kontrol grubuna göre cinsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Avis ve ark. (25) tarafından son üç buçuk yıl içerisinde meme kanseri tanısı konulmuş 50 yaş ve altındaki 204 kadında meme kanseri ile ilgili problemleri belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada; kadınların %46,7'sinin vücutlarında meydana gelen değişiklikten rahatsızlık duyduğu, %40,7'sinin cinsel ilişki sırasında vajinal kayganlıkta güçlük yaşadığı ve %41,7'sinin cinselliğe ilgi duymadığı belirlenmiştir.

Ülkemizde meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonlarını araştıran sınırlı çalışma olmakla birlikte, Yeni ve ark.'nın (26) meme kanseri olan kadınlarla yaptığı çalışmada, hastalığın kadınlarda cinsel fonksiyonları son derece olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Can ve ark. (27) meme kanserine yönelik sistemik tedavi alan hastaların; tedaviye başladıktan sonra yarısının cinsel yaşamını sonlandırdığı ve depresyon düzeyi arttıkça cinsel aktivite düzeylerinin olumsuz yönde etkilendiğini saptamışlardır.

Meme kanseri olan kadınların cinsel yaşamı; beklenmeyen kanser tanısına, yaşa bağlı gelişen cinsel fonksiyonlardaki değişikliklere, kanser tedavilerinin neden olduğu vücut imajındaki değişikliklere, infertiliteye, yorgunluğa, ağrıya ve tanıdan önce partneri ile olan iletişim sorunlarına bağlı olarak etkilenebilmektedir (27,28).

Meme kanseri, kanser olmanın verdiği korku ve kaygının yanında, kadının kimliği için büyük önem taşıyan "meme"nin de kaybına yol açmaktadır (10). Memenin kadın için bedeninin bir parçası, organı olmasının çok ötesinde anlamı vardır. Birçok toplumda kadın memesi, cinsellik, çekicilik, estetik görünüm, doğurganlık, bebek beslenmesi ve benden bütünlüğünün sürdürülmesi açısından önemli bir organ olarak görülmektedir (29). Meme kanseri olan kadınlarda fiziksel görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık ya da ameliyat (mastektomi) nedeniyle değişmesi ve bozulması beden imajını değiştirebilmektedir. Bu değişiklik bireyin benlik saygısını tehdit etmekte dolayısıyla kişinin zevk ve doyum duygusunda yetersizliğe ve sorunlara neden olabilmektedir (30).

Hastalığın kendisi CD'a neden olabilirken, hastalığa yönelik uygulanan kemoterapi tedavisi de istek kaybına ve cinsel ilişki sıklığında azalmaya neden olabilmektedir (31). Kemoterapinin cinsi, uygulanan ilacın her birinin dozu, tedavi süresi, kişinin yaşı, cinsiyeti, tedavi sonrası zaman aralığı, ilaç kombinasyonu, kullanılan ilaçların yan etkileri cinsel fonksiyonu etkileyebilmektedir (28). Kemoterapiyi takiben meydana gelen bulantı-kusma, diyare, konstipasyon, stomatit ve tad/koku duyusundaki değişiklikler bireyin kendisini aseksüel hissetmesine neden olabilmektedir. Kemoterapiye bağlı gelişen alopesi (saçların, kaşların, kirpiklerin, pubik ve aksiller kılların dökülmesi) ve kilo değişiklikleri (hastalığa veya tedaviye bağlı kilo kaybı, kortikosteroidlere bağlı kilo alımı) cinsel açıdan bireyin çekicilik ve özgüven duygusunu azaltmaktadır. Bazı kemoterapötik ajanlar infertilite nedenidir ve kadınlarda sitotoksik ajanlar vajinal kuruluğa, dispareniye, orgazma ulaşma yeteneğinde azalmaya neden olmaktadır. Kemoterapiye bağlı prematür over yetmezliği ani östrojen yoksunluğuna neden olarak vajinal atrofiye, vulva dokusunda ve vajinada incelmeye, doku elastikiyetinin azalmasına, vajinal kayganlıkta azalmaya, sıcak basmalarına, duyu durumunda değişikliklere, yorgunluk ve irritabiliteye neden olabilmektedir (31). Kemoterapi alan meme kanseri olan kadınlarda, almayanlara göre vajinal kuruluk, cinsel istekte azalma, cinsel ilişki sırasında ağrı ve orgazma ulaşmada güçlük daha sık görülebilmektedir (32).

Kemoterapinin yanı sıra, radyoterapinin total dozu, radyoterapi yapılan alan, tedavinin aralığı da cinsel fonksiyonları etkileyebilmektedir (28). Radyoterapi cinsellik duygusunu azaltabilen yorgunluk, bulantı, kusma, diyare ve diğer semptomlara neden olabilmektedir. Radyoterapiye bağlı yorgunluk ve barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler libido kaybına ve cinsel aktivitenin azalmasına neden olabilmektedir (31). Bütün bunların hepsi cinselliği olumsuz olarak etkilemekte, cinsel aktivite sırasında beklenen ağrı, rahatsızlık ve başarısızlık korkusu da bu etkiyi şiddetlendirebilmektedir (33).

Meme kanseri olan hastalarda cinsel yaşamda en sık görülen sorunlardan bir diğeri ise eşle iletişim eksikliği buna bağlı olarak da cinsel ilişkiden kaçınmadır (32,34). Meme kanseri aile için duygusal ve yaşamsal bir kriz durumu oluşturmakta ailenin işlevselliğini, rol dağılımını ve aile içi ilişkilerini etkilemektedir (35). Eşlerin hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınmaları, duyu ve düşüncelerini açıkça ifade etmemeleri,

birbirlerinden uzaklaşmalarına neden olabilmektedir. Etkili iletişim kurma yeteneği gelişmemiş ailelerde meme kanseri gibi bir travmanın aileyi son derece bunalttığı, çıkmaza soktuğu ve evlilik ilişkilerini de olumsuz etkilediği görülmektedir (36).

Meme kanseri olan birçok kadın hastalık sürecinde hem ailelerinin ve akranlarının hem de sağlık personellerinin desteğine gereksinim duymaktadır. Birçok kadın ağrı, beden imajı ile ilgili problemler, cinsel sorunlar ve sosyal izolasyon gibi özel sorunlar konusunda duygularını ifade etme gereksinimi duyabilmektedirler (1). Meme kanseri olan kadınların geçirdikleri cerrahi operasyonun, radyoterapinin, kemoterapinin, hormon tedavisinin ve diğer ilaç tedavilerinin etkileri nedeniyle yaşadıkları problemlerin saptanması ve çözümlenebilmesi için multidisipliner ekip yaklaşımı gerekmektedir. Meme kanseri olan kadınlarda kullanılan tedavi yaklaşımlarının beden imajı, cinsel yaşam ve aile içi iletişim durumu göz önünde bulundurularak hastanın başatme stratejilerinin geliştirilmesi zorunlu hale gelmektedir (37). Ayrıca meme kanseri olan kadınlarda cinsel problemlerin tanımlanması, kadınların uygun birimlere yönlendirilmesi, tedavinin başlatılması yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (20). Birey ile sık sık yakın ve direkt ilişki kuran sağlık profesyonellerinden olan hemşirenin eğitim, öğretim ve danışmanlık rollerini üstlenmesi son derece önemlidir. Bireyin cinsel gereksinimlerinin belirlenmesi ve sorunun çözümüne ilişkiyönlendirmede bulunması hemşirelik rolleri kapsamında yer almaktadır (38). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşam kalitesinde ve ikili ilişkilerde majör etkisi olan prevalansı yüksek, çok nedenli ve çok yönlü bir sağlık sorunudur (39). Bu nedenle hemşirenin, hastaların normal cinsel fonksiyonunu geçici ya da kalıcı etkileyebilen hastalıkları bilmesi, uygun iletişim tekniklerini kullanarak hastalarla cinsel yaşamı konusunda konuşabilmesi, eğitim verebilmesi ve özel tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirmesi ve hizmet sunumunda duyarlı davranmaları oldukça önemlidir (37).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

2.1.1. Meme Kanserinin Tanımı

Meme, kadınlarda süt üretimi için düzenlenmiş farklılaşmış bir ter bezi olup, tubuloalveolar bir bezdir. Süt üreten lobül sistemi ile bunları meme başına aktaran duktus sisteminin birleşiminden oluşmaktadır. Zengin kanlanma, lenfatik yapı, bağ dokusu, yağ dokusu, sinirler, deri, memenin şeklini verir ve aynı zamanda sekonder bir seks organı olmasını sağlar.

Meme kanseri, en çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir. Bugünkü bilgilere göre meme kanseri (invaziv duktal kanser) gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçerek sonunda meme kanserine dönüşmektedir. Bu dönüşüm on yıllarca sürmektedir. Başlangıçta süt aktaran kanal sistemi (duktus) içinde sınırlı olan kanser hücreleri sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçmektedir. Bu aşamada tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşarak metastaz yapma yeteneğine sahip olmaktadır. Bir gram meme kanseri dokusunun ortalama sekiz yılda geliştiği tahmin edilmektedir (40).

2.1.2. Epidemiyolojisi

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Meme kanseri görülme sıklığı 1973'den itibaren ABD'de yılda %1,8; dünyanın çeşitli ülkelerinde de %1-2 sıklıkta artış göstermektedir. Dünyada yılda görülen 10 milyon yeni kanser olgusunun %10'u yani 1 milyonu meme kanseridir (7,41).

Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hawaii, Kaliforniya, Kanada'da yılda yüzbinde 80-90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, aynı değer Japonya'da sadece yüzbinde 12-15 arasındadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır (7). Dünya ülkeleri arasında hastalık sıklığındaki bu fark özellikle menopoz sonrası kadınlarda görülmekte olup, menopoz öncesi dönemde ülkelerarası

farklar çok azdır. Menopoz sonrası yıllarda mortalite, ABD'de giderek artarken Yugoslavya'da sabit hale gelmekte, Japonya'da ise giderek azalmaktadır. Bu durumun nedeni ise bilinmemektedir. 1970'den bu yana Japonya, Singapur ve Çin'de ekonomide Batı tarzı gelişim ve doğurganlığın Batı'ya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme sıklığındaki fark giderek azalmaktadır (7).

Benzer şekilde, görülme sıklığındaki büyük farklılıklar aynı ülkede yaşayan farklı etnik gruplar arasında (ABD'deki Hawaiiiler, Çinliler ve İspanyol kökenliler) ve beyaz - siyah ırk arasında da (ABD'de yıllık görülme sıklığı beyaz ırkta yüz binde 105; siyah ırkta yüz binde 87) izlenmektedir. Meme kanseri için henüz genetik bir köken bilinmediğinden bu fark çevresel etkenlere, yaşam tarzlarına ve sosyoekonomik duruma bağlanmaktadır. Başka ülkelere göç eden ailelerde yapılan çalışmalar göç eden kadınlarda meme kanseri sıklığının, birkaç nesil sonra, göç ettikleri ülkenin görülme sıklığına ulaştığını göstermiştir. Bu durum, özellikle Amerika'ya göç edenlerde ve Afrika'da doğup İsrail'e göç eden Musevilerde izlenmiştir. Bu gözlem hastalığın ortaya çıkışında çevresel etkenlerin ve yaşam tarzının önemini bir kez daha ortaya çıkarmaktadır (7).

Ülkemizde kanser, 1982 yılında bildiri zorunlu hastalıklar kapsamına alınmış ve bildirimlerin Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Kanser Savaş Daire Başkanlığına yapılması istenmiştir. Ancak bildirilen olgular gerçekleri tam yansıtamamaktadır (42). 1991 yılında kanser tanısı koyan ve patoloji servisi olan 16 merkezi kapsayan bir çalışmada 1985-1990 yıllarına ait toplam 31.950 kanser olgusu incelenmiştir. Bu çalışmada kanserlerin %20'sinin meme kanseri olduğu, 1985-1987 yılları arasında genel kanserler içerisinde ikinci sırada yer alan meme kanserinin, 1988-1990 yılları arasında birinci sıraya yükseldiği saptanmıştır (43). Sağlık Bakanlığının Kanser Kayıt Merkezinin 1984-1990 yılları arasındaki verilerine göre ise meme kanseri genel kanser olguları arasında sürekli olarak birinci sıradadır ve kanser olgularının %24,3-%35,5'ini oluşturmaktadır. 1984-1990 yılları arasında Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde meme kanseri birinci sırada yer alırken, Marmara, Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde meme kanseri ikinci sırada görülmektedir. Türkiye'de 1999 yılı kanser istatistiklerine göre meme kanseri olan hasta sıklığı %24,1 iken, 2003 yılında bu sıklık %26,58 olmuştur (44,45).

2.1.2.1. Mortalite

Meme kanseri yıllık 400.000'e yakın ölüme neden olmakla birlikte bu ölümlerin %55'i gelişmiş ülkelerde, %45'i gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (46). 1950'lerden beri meme kanseri insidansı giderek artmaktadır. İnsidansındaki artışa paralel olarak mortalite de artmaktadır. Kadınlarda kansere bağlı ölümlerin %18'i meme kanseri nedeniyle oluşmakta ve meme kanserine bağlı ölümler, akciğer kanseri ve kolorektal kanserlerden sonra üçüncü sırayı almaktadır. Görülme sıklığında olduğu gibi, mortalite de yaşa bağlı olarak artmakta ve 80 yaşındaki 100.000 kadından 155'i meme kanserinden ölmektedir (7).

Dünyada meme kanserine bağlı mortalite, ülkeden ülkeye de değişmekte olup; İngiltere ve Galler'de en yüksek, Japonya ve Tayland'da (İngiltere ve Galler'deki mortalitenin onda biri) ise en düşük seviyededir (7). Göç eden insanlarda zaman içinde oluşan mortalite değişikliği meme kanseri oluşumunda çevresel etkenlerin ve yaşam tarzının önemli faktörler olduğu görüşünü desteklemektedir. ABD'de ve Hawai'de yaşayan Japonlarda meme kanserine bağlı mortalitenin, Japonya'da yaşayan Japonlara göre; ABD'de doğan Japon'lardaki mortalitenin de Japonya'da doğan ve ABD'de yaşayan Japonlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (7).

Meme kanseri görülme sıklığında olduğu gibi yıllık mortalite oranlarında da 1973 yılından itibaren bir artış görülmekle birlikte, bu artış görülme sıklığında olduğu kadar belirgin değildir. Takip, Epidemiyoloji ve Sonuç Programı (ABD) verilerine göre 1980'den 1989'a kadar meme kanseri sıklığında bir artış (100.000'de 85'den 100.000'de 105'e) ve 5 yıllık genel sağkalım değerlerinde de artış saptanırken, mortalitede herhangi bir değişiklik bulunamamıştır. Görülme sıklığındaki artışın yanında, mortalitede artış veya azalma (tedavilerin etkinliğindeki artışa karşın) olmaması şeklinde ortaya çıkan bu çelişkili durum henüz açıklanamamaktadır (7).

Ülkemizde, bugünkü bilgiler Türkiye genelini temsil etmeyen, sınırlı, kanser insidanslarına ait bilgilerdir. Ölümler yalnızca il ve ilçe merkezlerinden bildirilmektedir. Bu nedenle ölüm bildirimleri eksik olmaktadır. 1996'da sağlık bakanlığı 3755 olgu bildirmiştir. Buna göre insidans yüz binde 21,07 olarak hesaplanmaktadır. Ancak bu değer in nüfusa göre beklenen rakamın altında olduğu düşünülmektedir (41,46).

2.1.3. Risk Faktörleri

Birçok kanser türünde olduğu gibi, meme kanserinin de etyolojisi bilinmemekte ancak meme kanseri gelişimini arttırdığı ileri sürülen risk faktörleri genetik, reproduktif, hormonal, yaşam şekli ve çevresel faktörler şeklinde gruplandırılabilir (47). Birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme kanserinin, risk faktörlerinin azalması veya artmasına göre, görülme sıklığı da farklılık göstermektedir.

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Cinsiyet: Kadın olmak meme kanseri için başlı başına bir etmen olmaktadır. Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülmektedir (48).

Yaş: Meme kanseri için en önde gelen risk faktörü olduğu bilinmektedir. Yaş, tanımlanabilir risk faktörlerinin saptanabildiği meme kanserlerinin yaklaşık olarak %60'ının yarısından fazlasından sorumludur (49,50).

Yaşla birlikte meme kanserine yakalanma riski artmaktadır. Nitekim gelişmiş ülkelerde 55-59 yaş grubunda 100.000'de 257 olan sıklık, 80-84 yaş grubunda 477'ye yükselmektedir. 20 yaşından önce çok ender olan meme kanseri sıklığı 30 yaşından sonra giderek artmakta, bu artış 40 yaş dolaylarında hızlanmakta, 60'lı yaşlarda en yüksek düzeyine ulaştıktan sonra biraz yavaşlamakta, ancak artış devam etmektedir (51).

Kişisel Meme Kanseri Hikayesi: Daha önce meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş, kadınlarda, diğer memede kanser gelişme olasılığı yükselmektedir (47,52,53).

Ailede Meme Kanseri Öyküsü: Birinci dereceden bir akrabasında (anne, kız kardeş, kendi kızı) meme kanseri olan kadınlarda, meme kanseri riski 2-3 kat daha yüksek olmaktadır (47,49,53). İkinci dereceden bir akrabasında meme kanseri olan kadınlarda da risk yükselir ama daha az düzeyde yükselmektedir. Özellikle hastalıktan etkilenen akraba kişinin annesi tarafındansa, akrabada bilateral meme kanseri varsa ve tanısı 50 yaşından önce konmuşsa bu risk yükselmektedir (47,49). Anne ve kızkardeşinde meme kanseri bulunan bir genç kadında hayat boyu meme kanseri gelişme riski %50'dir. Meme kanserinde artmış ailesel riskin ne oranda genetik etkenlere, ailesel yaşam tarzına veya beslenme alışkanlıklarına bağlı olduğunu söyleyebilmek mümkün olmamaktadır (54).

Son yıllarda 17. kromozom üzerinde yer alan BRCA1 ve 13. kromozom üzerinde yer alan BRCA2 genleri üzerinde durulmaktadır (51,54,55). BRCA1 ve

BRCA2 genleri, ailevi meme kanserlerinin %60-85'sinde, tüm meme kanserlerinin ise %2'sinden fazlasında etkili olabilmektedir (47,52).

2.1.3.2. Reprodüktif Faktörler

Menarş Yaşı: Erken menarş meme kanseri gelişimindeki risk faktöründen birini oluşturmaktadır (50,56). Menarş yaşı için kritik yaş 12 olarak ele alınmaktadır. Menarşın bir yıl gecikmesine karşılık meme kanseri riski %20 azalmaktadır (55). Ayrıca meme kanseri riski açısından ilk düzenli adet başlama yaşı da önemlidir.

Meme kanserinde menarş erken (12 yaş ve daha öncesinde) başlayan ve kısa sürede düzenli adet gören kişilerde kanser riskinin, menarş geç başlayan (13 yaş veya üstü) ve uzun süre düzensiz adet gören kişilere göre 4 kat fazla olduğu kabul edilmektedir (47,54). Bu gözlemler düzenli ovuluar dönemlerin kadınlarda meme kanseri riskini arttırdığını düşündürmektedir. Düzenli ovuluar döneme sahip olan bir kadında, luteal fazdaki östrojen düzeyi anovuluar döneme sahip bir kadındakinden yüksek olacağı için, meme dokusunun östrojene daha çok maruz kalacağı; menarş geç başlayan kadınlarda anovuluar dönemlerin, erken menarş olan kadınlara göre daha fazla olacağı ve dolayısıyla östrojene daha az maruz kalacağı bildirilmektedir (7).

Menopoz: Meme kanseri riski ile menopoz yaşı arasında da bir ilişki mevcuttur. Meme kanserli kadınların 2/3'sinden çoğunun menopoz sonrası dönemde olduğu görülmektedir. 45 yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski, 55 yaşından sonra bu döneme giren kadınların yarısı kadardır. Yani aktif menstruasyon dönemi 40 yıl veya daha fazla süren kadınlarda risk aynı dönemi 30 yıl veya daha az olan kadınların iki katıdır (7,52,54). Ortalama olarak menopozun her bir yıllık gecikmesi meme kanser riskini %3 arttırmaktadır (7).

Gebelik: İlk tam zamanlı gebelik esnasındaki yaş, meme kanseri riskini azaltmak açısından en önemli faktör olarak görülmektedir. İlk çocuklarını 25 yaşından önce doğuran kadınlar için meme kanseri riski, ilk çocuklarını 30 yaşından sonra doğuran kadınlara göre veya çocuk doğurmamış kadınlara göre yaklaşık olarak yarı yarıya düşük olmaktadır. Benzer şekilde, iki veya daha fazla çocuk sahibi olan postmenopozal kadınlarda, meme kanseri riski, doğum yapmamış kadınlara göre daha düşük olmaktadır (49).

İlk gebeliğin, yıllarca prolaktin düzeyinin düşük kalmasını sağladığı; doğum yapmış kadınlarda prolaktin düzeyinin, doğum yapmamış kadınlara göre daha düşük değerde olduğu ve düşük prolaktin düzeyinin de koruyucu bir etki meydana getirdiği belirtilmektedir (7). Doğum sayısının artması ile meme kanseri riski arasında ters yönde bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Doğum sayısında artışa bağlı olarak meme kanseri riskinin azalmasının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte emzirme süresinin etkili olduğu bilinmektedir (47).

2.1.3.3. Hormonal Faktörler

Oral Kontraseptif Kullanımı: Dünyada 100 milyondan fazla kadın oral kontraseptif kullanmaktadır (57). Kontraseptiflerle meme kanseri arasındaki ilişki çok sayıda çalışmada incelenmiş birbirleri ile çelişen sonuçların tartışmaları günümüzde de devam etmiş ve bundan sonra da devam edeceğini gösteren bir nitelik kazanmıştır. Bugün hormonal kontraseptiflerin hafif de olsa meme kanseri riskini arttırdığı görüşü ağırlık kazanmaktadır (58).

Hormon Replasman Tedavisi: Genellikle var olan subjektif şikâyetleri ortadan kaldırmak, koroner kalp hastalığı ve osteoporozla bağlı kırık riskini azaltmak ve Alzheimer hastalığını önlemek amacı ile menopoza sonrası dönemde uygulanan östrojen tedavisinin, başka bir deyişle Hormon Replasman Tedavisinin (HRT) meme ve endometrium kanserine bağlı ölüm oranlarını arttırdığı belirtilmektedir (41,47,52). Ayrıca, memenin epitel ve yağ dokusunun, östrojene duyarlılığının oldukça fazla olduğu, yani meme dokusunda yüksek düzeyde östrojenin metabolize olduğu bilinmektedir. Bu bilgiler göz önüne alındığında, meme kanseri ile östrojen arasındaki ilişkide, vasküler sistemde dolaşan östrojen düzeyinden çok, meme hücrelerinin metabolizmasının etkili olduğu görüşü ağırlık kazanmaktadır (47).

Memenin Benign Hastalıkları: Benign meme hastalıkları, proliferatif ve nonproliferatif olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Kist fibroadenom gibi nonproliferatif lezyonların meme kanseri riskini arttırmadığı ancak atipik hiperplazi; selüler atipik hiperplazi gibi proliferatif hastalıkların meme kanseri riskini arttırdığı ileri sürülmektedir (47).

Bir memede kanser varlığı diğer memede kanser riskini 2-6 kez; atipik hiperplazi ise 4-5 kez artırmaktadır (48,51). Benign meme hastalığının (fibrokistik meme hastalığı) meme kanseri oluşturma riski tartışmalıdır (48).

2.1.3.4.Yaşam Şekli ve Çevresel Faktörler

Coğrafik Konum: Dünyada farklı dağılım gösteren meme kanserinin, en sık görüldüğü ülkeler arasında, Hawaii, Kaliforniya, Kanada, İspanya ve İsveç ilk sıralarda yer alırken, Japonya en alt sıralarda yer almaktadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı, kuzey ülkelerinden, güneye ve batı ülkelerinden, doğuya doğru gittikçe azalmaktadır. Benzer şekilde meme kanseri Amerika'nın kuzey doğusunda çok sık, güneyinde ise çok az görülmektedir. Dünya ülkeleri ve yerleşim bölgeleri arasında hastalık sıklığındaki bu fark, özellikle menopoza sonrası kadınlarda görülmekte olup, menopoza öncesi dönemde ülkeler arası farklılığa az rastlanmaktadır (47).

Boy ve Kilo: Çocukluk çağında enerji alımının azaltılması ile erişkin boyunun azalabileceği ve bunun sonucu olarak meme kanseri riskinin azalabileceği ileri sürülmektedir (7).

Vücut ağırlığının, meme kanserine etkisinin, menopoza durumu ile ilgili olarak değiştiği belirtilmektedir (52). Yüksek doğum ağırlığı ile menopoza öncesi meme kanseri arasında ilişki olduğu; ancak adolesan ve erişkinlik çağındaki kilo veya vücut kitle indeksinin yüksek olmasının menopoza öncesi meme kanserine karşı koruyucu etkisinin olduğu ileri sürülmektedir. Menopoza öncesi dönemde düşük kilonun, menopoza sonrası dönemde ise fazla kilonun meme kanseri riskini arttırdığı (52,59) özellikle 18 yaşından sonra alınan fazla kiloların, HRT almayan menopoza sonrası kadınlardaki risk artışında etkili olduğu belirtilmektedir (7).

Menopoza sonrası dönemde fazla yağ dokusu olan kadınlarda, over ve adrenal kökenli androjenlerin, endojen östrojenlerin daha fazla üretilmesine neden olduğu düşünülmektedir. Menopoza sonrası kadınlarda yağ dokusu, östrojenin ana kaynağı olarak işlev görmektedir. Böylece obezite östrojen düzeyini ve onun neoplazmi uyarıcı özelliklerini arttırmaktadır. Ayrıca yağ dokusu bazı toksinleri, ilaçları, vitaminleri depolayarak, bazı kanserojenlere de sürekli kaynak oluşturmaktadır. Menopoza öncesi dönem de fazla yağ dokusu olan kadınlarda meme kanseri riskinin az olması ise, anovulator menstrüel periyotların daha sık olmasına bağlanmaktadır (47).

Erişkinlik dönemindeki vücut kitle indeksindeki artıştan çok son yıllardaki kilo artışları, meme kanseri riski için önem taşımaktadır. Erişkinlik dönemi kilo alımında yağ dokusu, genellikle kalça ve uyluklarda birikerek gynoid tipte; ileri yaşlarda ise bel ve göbek etrafında birikerek android tipte obeziteye yol açmaktadır. Bel ve göbek çevresinde yağ dağılımı bulunan kadınlarda (android tip obezite) meme ve endometrium kanser riskinin, kalça ve uylukta yağ dağılımı bulunan kadınlara (gynoid tip obezite) göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (47).

Beslenme: Yağdan zengin beslenmenin meme kanserini arttırdığı, buna karşın meyve ve sebzelerden zengin ve yağdan fakir diyet ile beslenmenin bu riski azalttığı bilinmektedir (47,48). Diyetteki yağın kanser riskini nasıl arttırdığı konusunda çeşitli teoriler bulunmaktadır. Bunlardan birinci teoriye göre; yüksek yağlı bir diyet bağırsaklardaki bakterileri çoğaltmakta, bu bakteriler de östrojen hormonu bileşiklerinin üretimini artırmaktadır. İkinci teoriye göre; fazla yağlı diyet lif miktarı az olduğu için östrojenin yeniden emilimi artmaktadır. Aynı kaynağın, farklı bir açıklamasında ise yüksek yağlı beslenmenin obeziteye yol açtığı ve özellikle obez genç kızlarda erken başlayan menstruasyonun, östrojen üretiminin daha uzun süreli olmasına neden olduğundan söz edilmekte ve bu mekanizmaların tümünün, meme kanserinin başlaması ve ilerlemesinde rolü olan östrojen hormonunun artışıyla ilgili olduğu vurgulanmaktadır (47). Ayrıca, özellikle kırmızı ve ızgara olarak tüketilen etin de meme kanseri gelişiminde riski arttırdığı belirtilmektedir. Meme kanseri riskinin artmasında, kırmızı ve ızgara ette bulunan yağ, hayvansal proteinler, heterosiklik aminler gibi mutajen ve karsinojen maddelerin etkili olduğu düşünülmektedir (47,52).

Liften zengin besinlerin, bilyer sistemden barsağa dökülen östrojenlerin geri emilimini inhibe ederek meme kanserine karşı koruyucu bir etkisinin olabileceği bildirilmektedir. Yapılan hayvan çalışmalarında da liften zengin besinlerin meme tümörü sıklığını azalttığı gösterilmekte; ayrıca yüksek isoflavon kaynağı olan soyalı gıdaların Asya ülkelerinde tüketilmesi ile meme kanseri riskinin azaldığı ileri sürülmektedir (7). Vitaminlerden; A vitamininin meme kanserine karşı koruyucu etkisi varken E ve C vitaminlerine ilişkin kesin veri bulunmamaktadır (48).

Alkol Alımı: Alkol meme kanseri riskini artırmaktadır (48,56,60). Günde yaklaşık olarak 15 gram veya daha fazla alkol tüketimi (2-3 bardak şarap veya 2-3 ölçek sert içki), meme kanseri riskini %50 artırmaktadır (49).

Egzersiz: Fizik aktivite obeziteden bağımsız olarak meme kanseri riskini etkilemektedir. Düzenli yapılan spor ve fiziksel aktivitenin, özellikle üretken yıllarda anovulatuarr siklusa yol açtığı ve meme kanseri riskini azalttığı ileri sürülmektedir. Fizik aktivite menarş yaşını da geciktirmektedir (41).

Radyasyona Maruz Kalma: Meme kanserinden ölüm riskinin, röntgen sayısı ile önemli oranda arttığı ve olgunlaşmamış meme dokusu radyasyona çok duyarlı olduğu için, radyasyona maruz kalma sonrası memede gelişme bozuklukları ve meme kanseri oluşabileceği belirtilmektedir (59).

Radyasyona bağlı oluşan meme kanserinin uzun sürede geliştiği ve radyasyona maruz kalma yaşının önemli olduğu bildirilmekte; özellikle çocukluk çağında radyasyona maruz kalan kadınlarda, yaşamlarının daha sonraki dönemlerinde meme kanseri riskinin arttığı ve bu risk oranının radyasyon dozu ile orantılı olduğu belirtilmektedir (41,47). Özellikle 30 yaşın altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır (48,60).

Sigara Kullanımı: Sigara dumanında 4.000'den fazla kimyasal madde olduğu ve bunların içinde en az 55'inin kanserojen özellik taşıdığı belirtilmektedir. En güçlü kanserojenler olarak belirtilen polisiklik aromatik hidrokarbonlar (benzopiren) ve nitrosaminlerin, metabolik olarak aktif hale gelmesi ve DNA bileşikleri oluşturup, genetik mutasyonlara neden olması sonucu kanser oluşumu sürecini başlatabilmektedir. Sigara dumanı içindeki nikotinin kendisinin kanserojen olmadığı, ancak sigara bağımlılığına neden olduğu için, diğer kanserojenlere maruz kalmaya neden olmaktadır (47).

Sonuç olarak meme kanseri epidemiyolojik olarak çok araştırılmış malign tümör olmakla birlikte, henüz insan meme kanserinin nedeni bilinmemektedir. Hastalığın meydana gelişinde risk oluşturduğu kabul edilen herediter ve çevresel etkenler çok karmaşık ve iç içe geçmiştir (7).

Çizelge 1. Meme kanseri riskini etkileyen faktörler

	Yüksek Risk	Düşük Risk
Rölatif risk 1.1-2.0		
İlk tam zamanlı gebelik yaşı	>30	<20
Adet görme yaşı	<12	>14
Menopoz riski	>55	<45
Obezite (postmenopozal)	Obez	Zayıf
Doğum (postmenopozal)	Doğum yapmamış	2 ya da daha fazla doğum yapmış
Emzirme (premenopozal)	Yok	Birkaç yıl
Hormonal kontraseptifler	Evet	Hayır
Hormon replasman tedavisi	Evet	Hayır
Rölatif risk 2.1-4.0		
Mamografide nodüller yoğunlukla (postmenopozal)	Meme hacminin %75'inden fazlası	Tamamen yağdan oluşmuş parenkim
Birinci dereceden bir akrabada meme kanseri	Var	Yok
Biyopsi ile onaylanmış atipik hiperplazi	Var	Yok
Göğüse uygulanan yüksek doz radyasyon	Var	Yok
35 yaşından sonra ovariectomi	Yok	Var
Rölatif risk > 4.0		
Yaş	> 50	<30
Erken yaşta meme kanseri tanısı konmuş olan birinci dereceden akraba	Var	Yok
Bir meme kanseri öyküsü	Var	Yok

(Kaynak: Dursun AN. *Meme Kanseri*.1. Baskı;Oxford:Health Press, Abbott Laboratuvarı;2007:9.)

2.1.4. Meme Kanserinun Tipleri

Meme kanseri, tümör'ün köken aldığı asıl dokuya göre sınıflandırılmaktadır.

2.1.4.1. Lobüler Kanseler: Memenin lobüllerindeki epitelyum dokudan kaynaklanmaktadır (61).

A) Noninvaziv (insitu) lobüler kanseler: Başlangıçta lobül içinde sınırlı kalmaktadır. Belirti vermez, kitle oluşturmaz ve yavaş büyür. Biyopsi örneğinde tesadüfen tanınmaktadır. Sıklıkla çift taraflı olup vakaların %35'inde giderek invaziv hale gelmektedir (61).

B) İnvaziv (infiltratif) lobüler kanseler: Nadir (%5-10) görülmektedir (61,62). Genellikle çok merkezli olup bir veya iki memede birçok alanda deride kalınlaşma görülebilmektedir. Sıklıkla aksiller lenf nodu tutulumu yapmaktadır (61).

2.1.4.2. Duktal kanserler: Meme kanallarındaki epitelyum dokudan kaynaklanmaktadır (61).

A) Noninvaziv (insitu) duktal kanserler: Lobüler karsinoma insitunun aksine belirgin büyüklüğe ulaşmakta ve kolaylıkla tanı konabilmektedir. Tedavi edilmezse invaziv duktal karsinomaya dönüşmektedir (61).

B) İnvaziv duktal kanserler: En yaygın görülen meme kanseri tipi ve tüm meme kanserlerinin %75'ini oluşturmaktadır. Prognozu diğer kanser tiplerinden daha kötü olup metastazlarını genellikle aksiller lenf nodlarına yapmaktadır (61).

2.1.4.3. Paget Hastalığı: Nadir (%3) görülmektedir (61). Başlangıçta meme başında ve areolada yanma hissi, kaşınma, kabuklanma ve ülserasyon görülmektedir. Geç evrede tümör invaziv hale gelmektedir (61,62). Paget hastalığı, enfeksiyon ile karıştırılabilmektedir. Prognozu oldukça iyi olmaktadır (61).

2.1.4.4. İnflamatuvar (iltihabi) Kanserler: %1-2 oranında görülmektedirler. Tümör yumuşak ve ağrılıdır. Meme derisinde ödem, kızarıklık, sıcaklık ve deride kalınlaşma bulguları görülmektedir. Meme enfeksiyon görünümünde olduğundan enfeksiyon ile karıştırılabilmektedir. Prognozu oldukça kötü olmaktadır (61).

2.1.5. Meme Kanserinin Belirtileri

Meme kanserinin belirtileri hastalığın vücuttaki yayılım derecesine ve kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Literatürde meme kanserinin belirtileri ile ilgili olarak:

- Memede bir kitlenin varlığı (hastaların yaklaşık olarak %70'inde ilk bulgu)
- Enflamasyon bulgusu olarak memenin portakal kabuğu şeklinde bir görüntüsünün olması
- Meme başının retraksiyonu
- Meme başından kanlı ya da kansız akıntı gelmesi (hastaların %10'unda meme başı akıntısı ilk belirti)
- Lenf bezlerinde şişme
- Kolda şişlik, ödemin olması

- Ağrı (geç evrede görülmekte)
- Metastazlara bağlı meme dışındaki organlarda görülen belirtilerin görüldüğü belirtilmektedir (48,60,61,63-67).

2.1.6. Meme Kanserinde Yerleşim ve Yayılım

Primer meme kanseri lezyonlarının kadranslara göre görülme sıklığı, üst dış kadranda %50, areola bölgesinde %18, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %11 ve alt iç kadranda %6 şeklinde olmaktadır (48). Meme kanserinin gelişme zamanı uzun olmaktadır, yayılımı kan ve lenf yolu ile olmaktadır. Meme kanseri öncelikle bölgesel lenf bezlerine yayılmakta ve sıklıkla da koltukaltı lenf bezlerini tutmaktadır. Meme kanserinde kemik (%71), akciğer (%69), karaciğer (%65), plevra (%51), adrenal bezler (%49), deri (%30) ve beyin (%20) metastazları görülebilmektedir (48,60).

2.1.7. Meme Kanserinin Evreleri

Meme kanseri olan hastalar hastaneye başvurduklarında hastalıklarının yaygınlığı bakımından birbirlerinden farklılık göstermektedir. Evreleme; kabul edilen bir plan uyarınca hastaları, hastalıklarının yaygınlık derecelerine göre gruplara ayırma işlemidir. Tedavi planının yapılması, prognozun tayini, tedavi için uygulanan çeşitli yöntemlerin tedavi gücünün karşılaştırılması için hastanın evrelendirilmesi gerekmektedir. Evrelendirme, radyolojinin de eşlik edebileceği klinik bulgulara göre (klinik evreleme) ve ameliyatla çıkarılan tümör ve lenf ganglionlarının histolojik durumlarına göre (patolojik evreleme) yapılmaktadır (58).

Klinik evreleme için dünyada ve ülkemizde en çok kullanılan UICC (Union International Contre Cancer) ve AJCC (American Joint Committe on Cancer)'nin biçimlendirdiği TMN sistemidir. Buna göre tümör T, koltuk altı lenf ganglionu N, uzak metastazlar M ile temsil edilmektedir (58).

Çizelge 2. Meme kanserinde klinik TNM sınıflandırması

PRİMER TÜMÖR (T)
<p>T_x: Primer tümör değerlendirilemeyebilir T₀: Primer tümör bulgusu yok T_{is}: Tümör bulgusu olmayan Paget hastalığı, insitu tümör T₁: Tümör 2 cm veya daha küçük ➤ T_{1a}: Tümör 0.5 cm veya daha küçük ➤ T_{1b}: Tümör 0.5 cm'den büyük, fakat 1 cm'yi aşmamış ➤ T_{1c}: Tümör 1 cm'den büyük, fakat 2 cm 'yi aşmamış T₂: Tümör 2 cm'den büyük fakat 5 cm'yi aşmamış T₃: Tümör 5 cm'yi aşmış T₄: Tümörün boyutu ne olursa olsun deri ya da , toraks duvarına doğrudan ulaşmış ➤ T_{4a}: Toraks duvarına ulaşmış ➤ T_{4b}: Meme derisinde ödem, ülserasyon, tümörlü memede yandaş deri lezyonları ➤ T_{4c}: T_{4a} + T_{4b} ➤ T_{4d}: Enflamatuvar kanser Paget hastalığında kitle varsa T'yi kitlenin büyüklüğü tayin eder. T ölçümünde tümörün en büyük boyutu gözönüne alınır.</p>
BÖLGESEL LENF BEZLERİ (N)
<p>N_x: Bölgesel lenf bezleri değerlendirilmeyebilir (örn. daha önce çıkarılmıştır) N₀: Bölgesel lenf bezi metastazı yoktur N₁: Aynı taraf koltukaltında bir ya da fazla mobil lenf bezinde metastaz N₂: Aynı taraf koltukaltında bir ya da fazla lenf bezinde metastaz; fakat bu lenf bezleri birbirlerine ya da etraf dokulara yapışık N₃: Tümörün bulunduğu taraftaki mammaria interna lenf bezi grubuna metastaz</p>
UZAK METASTAZ (M)
<p>M_x: Uzak metastazların varlığı değerlendirilemeyebilir M₀: Uzak metastaz yok M₁: Uzak metastazlar mevcut.</p>

Çizelge 3. Meme kanserinde evreleme

Evre 0	T _{is}	N0	M0
Evre I	T1	N0	M0
Evre IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Evre IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Evre IIIB	T4	Herhangi bir N	M0
	Herhangi bir T	N3	M0
Evre IV	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1

(Kaynak: Ünal M. Meme Kanserinde Klinik Bulgular, Evreleme, Biopsi. *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2003:124-131.)

2.1.8. Meme Kanserinde Tedavi Seçenekleri

Meme kanseri tedavisinde lokal ve sistemik tedavi olmak üzere iki yaklaşım bulunmaktadır. Lokal tedavide, meme ve meme etrafındaki lenf düğümleri gibi lokal bir alan tedavi edilmektedir. Cerrahi müdahale ve radyasyon uygulaması lokal tedavi yaklaşımları olarak kabul edilmektedir. Sistemik tedavide tüm vücudun ya da sistemin tedavisi hedeflenmektedir. Sistemik tedavi kemoterapi ve hormon terapisini kapsamaktadır (53,69).

Her olgu biricik olduğu için tedavi seçenekleri değişkenlik gösterebilmektedir. Buna karşın metastatik meme kanseri tedavisi genellikle kemoterapi gibi sistemik bir yaklaşımı gerektirmektedir. Diğer tedavi seçenekleri; ilave cerrahi müdahaleler, radyasyon, hormon terapileri ya da semptomların hafifletilmesine yardımcı olan diğer ilaçların kullanımlarından oluşmaktadır. Hastalıkla savaşmak için hastaya uygulanan tedavi, hastanın fiziksel durumuna, hastalığın ilerlemesine, mevcut seçeneklere ve hastanın seçimine bağlı olarak değişmektedir (69).

Cerrahi müdahale öncesinde uygulanan sistemik tedavi neoadjuvan tedavi olarak adlandırılmaktadır. Bu yaklaşım büyük bir tümörü, cerrahi uygulamada kolaylıkla çıkarılabilecek boyuta getirebilmekte ve meme koruyucu cerrahi yaklaşımı olanaklı kılmaktadır. Hastalara cerrahi sonrası uygulanan sistemik tedavi ise adjuvan tedavi olarak adlandırılmaktadır. Adjuvan tedavi, vücutta kalan saptanamamış kanser hücrelerini öldürmek ve kanserin tekrarlamasını engellemek amacıyla kullanılmaktadır (69,70).

2.1.8.1. Lokal Tedavi Yöntemleri

2.1.8.1.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavide asıl hedefler; tam tedavinin sağlanması, hastalığın evrelendirilmesi, yaşam süresinin uzatılması veya hastalığın tekrarlamasının önlenmesi olabilmektedir (71). Meme kanserinde iki türlü ameliyat yapılmaktadır. Birinci grup, memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı meme koruyucu ameliyatlardır. Bunlar (8):

Lumpektomi (Segmental Mastektomi, Tilektomi, Tümörektomi, Genişletilmiş Lokal Eksizyon): Tümör, çevresindeki bir miktar normal meme dokusu ile birlikte çıkarılmaktadır. Genellikle geriye kalan meme dokusuna ışın tedavisi

verilmekte ve aynı taraftaki koltuk altı lenf bezleri çıkarılmaktadır. Kozmetik sonuç oldukça iyi olmaktadır (8,70).

Kadrantektomi: Bu ameliyatta tümör, içinde bulunduğu meme kadranı (memenin yaklaşık 1/4'ü), üzerini örten cilt ve altındaki pektoral fasya çıkarılmaktadır. Büyük bir meme dokusu ve cilt çıkarıldığı için kozmetik sonuç çok iyi olmamaktadır. Standart olarak meme koruyucu cerrahide memeye yapılan girişimlere, daima aksiller lenf nodülü disseksiyonu ilave edilmektedir (70).

Meme koruyucu cerrahi girişimlerin amacı; kanseri tedavi ederken, lokal nüks ve hastalısız yaşam oranlarında bozulmaya neden olmaksızın, geride bırakılan memede kabul edilebilir bir kozmetik sonuç elde etmektir (70).

İkinci grup ise memenin tümünün alınmasını içeren ameliyatlardır. Bu ameliyatları takiben ışın tedavisi verilip verilmeme kararı patoloji raporundaki tümöre ait özelliklere göre belirlenir (70). Bu grup ameliyatlar ise:

Basit (Simple, Total) Mastektomi: Bu ameliyatta meme glandı, üzerini örten cilt, areola ve meme başı çıkarılmakta ancak aksiller lenf nodülleri çıkarılmamaktadır (72). Meme koruyucu cerrahi girişim sonrası nüks eden hastalarda, yaygın insituduktal kanserlerde, ileri evre tümörlerde temizlik amacı ile uygulanmaktadır. Ayrıca yüksek kanser riski taşıyan kadınlarda “profilaksi” amacı ile de yapılmaktadır (8).

Modifiye Radikal Mastektomi: Meme kanserinde en yaygın yapılan ameliyattır. Tüm memenin, aynı taraftaki koltuk altı lenf bezleri, göğüs kaslarını saran ince zar ve bazen de göğüs duvarı kaslarının da bir bölümü ile birlikte çıkarılmasıdır. Bu ameliyatta meme, üzerini örten cilt, meme başı ve areola ve aksiller lenf nodülleri çıkarılmaktadır. Bazı olgularda pektoralis minör de çıkarılabilmektedir. Ancak pektoralis major'e dokunulmamaktadır. Bu ameliyat halen tüm ülkelerde meme kanserinin cerrahi tedavisinde standart ameliyat olarak kabul edilmektedir (8).

Radikal Mastektomi: Bu ameliyatta meme glandı, üzerini örten cilt, meme başı, areola, pektoralis major ve minör kasları, aksiller lenf nodülleri ve yağ dokusu çıkarılmaktadır (8). Radikal mastektomi lokal ve bölgesel kontrolde etkili olmasına karşın ciddi biçimde fiziksel bozukluklara sebep olmaktadır (74).

Subkutan (Cilt ve/veya Memebaşı-Areola Koruyucu) Mastektomiler: Bu ameliyatta meme cildi, bazen meme başı ve areola sağlam bırakılıp cilt altı yağ dokusu ve meme glandı çıkarılmaktadır. Aksiller disseksiyonda ilave edilebilmektedir. Daha

çok profilaktik ameliyat olarak uygulanmaktadır. İnvazif kanserlerde lokal nüks oranı yüksek olduğu için tercih edilmemektedir (8).

2.1.8.1.2. Radyoterapi

Radyoterapi, kanser tedavisinde kullanılan temel yöntemlerden birini oluşturmaktadır. Kanserli hastaların yaklaşık %60'ı hastalığın bir aşamasında radyoterapi almaktadır. Radyoterapinin kansere karşı tedavi edici etkisi ilk kez 1800'lerin sonlarında ortaya konulmuştur. Günümüzde radyoterapi, en yüksek yararlar, en az yan etkiyle ve sağlam dokuları koruyucu özellikte uygulanabilmektedir. Radyasyon, hücre içinde DNA moleküllerinin bir ya da iki bağı kırarak, hücre büyüme ve bölünmesini engellemektedir. İyonize radyasyondan normal hücreler de etkilenmekte, ancak bu hücreler, DNA'larında oluşan hasarı daha rahat onarabilmektedir. Bir tümöre verilebilecek radyasyon dozu, tümör çevresindeki normal dokunun radyasyon toleransı ile sınırlı olmaktadır. Bu sınır, normal dokunun onarılamayacak biçimde zarar gördüğü noktadır. Vücudun çeşitli bölgelerine verilecek radyasyonun en yüksek dozu, etkilenen dokuya göre değişmektedir (75).

Meme kanseri tedavisinde öncelikli tedavi yöntemi olan cerrahiden sonra yapılan ilave tedavilerin başlıca iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi hastalığın, ilk ortaya çıktığı bölge olan meme ve çevre dokularda (çevresel lenf bezleri) geri gelmesini engellemek (lokal kontrol), ikincisi hastalığın kan yoluyla yani kan damarları aracılığı ile diğer organlarda (özellikle kemik, beyin, akciğer, karaciğer) ortaya çıkmasını engellemektir (sistemik kontrol). Radyoterapi esas olarak birinci sırada belirtilen amaca yönelik bir tedavidir. Ancak bölgesel olarak hastalığın engellenmesi sayesinde dolaylı olarak sistemik kontrole de yol açmaktadır. Çünkü bölgesel olarak var olan hastalık kan yoluyla yayılmaya neden olabilmektedir (76).

Meme kanserinde radyoterapi çoğunlukla cerrahi sonrasında yapılmaktadır. Çok nadiren cerrahi olarak tamamen çıkartılamayacak tümörlerde, tümörü küçültmek amacıyla cerrahi öncesinde de kullanılabilir. Ancak bu uygulama yaygın değildir ve bu amaçla ilaçla tedavi (kemoterapi) etkinliği daha fazla kanıtlanmış bir yöntemdir. Sınırlı hastalık dışında yaygın hastalıkta da (özellikle kemiğe ve beyine sıçrayanlarda) hastalığa bağlı şikayetleri ortadan kaldırmak veya azaltmak için radyoterapi yapılabilmektedir (76).

Radyoterapi dahili ve harici olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Harici olarak verilen radyoterapi, hastanelerin radyoterapi ünitelerinde hafta sonu dinlenecek şekilde planlanan, tedavi süresi, tümörün tipine ve büyüklüğüne göre değişen tedavi yöntemidir. Genel olarak meme kanserinde verilecek toplam ışın dozu 4500-5000 cGy'dir. Bu doz, günde 200 cGy olarak, 5-6 haftaya bölünerek verilmektedir (77). Dahili olarak verilen radyoterapi ise, radyoaktif maddenin genel anestezi yoluyla meme dokusuna yerleştirilmesidir. Bu yöntemle kanserli bölgeye ekstra dozda radyoterapi verilmektedir.

2.1.8.1.2.1. Radyoterapinin Yan Etkileri

Radyasyon verildiği organda bazı değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler; lokal akut değişiklikler, yaygın akut değişiklikler ve gecikmiş etkiler şeklinde olabilmektedir. Memeye uygulanan radyoterapinin yan etkiler (77):

Deri problemleri: Erken dönemde en sık yan etkiler cilt ve yumuşak dokuda görülmektedir (76). Işınlama sırasında ve daha sonra birkaç hafta süreyle deride kızarma, kuruluk ve tahriş gibi belirtiler ve çatlamlar görülebilmektedir. Güneş yanığına benzeyen değişiklikler ve bir süre sonra da soyulma, bazen de deride sulanma görülebilmektedir (77). Memedeki ve ciltteki değişiklikler genellikle 6-12 ay içinde düzelmektedir. Bazı kadınlarda radyoterapi sonrası tedavi edilen meme daha küçük ve sıkı olabilmekte, bu radyoterapinin meme dokusunda yaptığı uzun dönem etkilere bağlı olmaktadır (76).

Kol ödemi: Eğer ışınlanma alanı içine koltukaltı bölgesi girerse, zamanla buradaki lenf bezleri ve lenf damarlarında sertleşme ve kolda şişme görülmektedir (77). Ancak modern radyoterapi uygulamaları sonrasında bu oran çok düşük olmaktadır. Kol ödemi ortaya çıkarsa kalıcı olabilmektedir (76).

Sinirlerin zarar görmesi: Kol sinirlerinin ışınlanması sonucu kolda uyuşma ve karıncalanma hissi olarak görülmektedir (77).

Pnömoni: Akciğerlerin ışın alması sonucu akciğerlerde iltihaplanma olabilmekte ve hasta öksürük ve soğuk algınlığı belirtileri gösterebilmektedir. Bu belirtiler zamanla kaybolmaktadır. Daha sonraki aylarda çekilen akciğer kontrol filmlerinde bu iltihabın nedbeleşmesi görülebilmektedir (77).

Perikardit: Kalp zarı iltihaplanması demek olan perikardit az görülmele beraber, sol meme alanının ışınlanmasında oluşabilmektedir. Çünkü bu alanın altında kalp vardır. Ateş ve ağrıyla seyreden bu komplikasyon tedavi gerektirmeden geçmektedir (77).

Yorgunluk: Hasta bir taraftan ışınların etkisi nedeniyle, bir taraftan da stres ve tedaviye gidiş geliş nedeniyle yorgunluk hissedebilmektedir (77).

Yan etkilerin gelişme olasılığı özellikle eski ve suboptimal radyoterapi tekniklerinin uygulandığı hastalarda daha yüksek olmaktadır. Memede radyasyon hasarı ile ilgili deneyimler genellikle eski serilere dayanmaktadır. Çağdaş radyoterapi uygulamaları sonrasında bu yan etkilerin gelişme sıklığı ve şiddeti çok daha az zarar verir hale dönüşmüş durumdadır. Konformal üç boyutlu, yoğunluk ayarlı radyoterapi, görüntü eşliğinde radyoterapi veya bunların kombinasyonları gibi modern radyoterapi tekniklerinin giderek daha yaygın kullanılması ile gelecekte bu yan etkilerin sıklığının daha da azaltılması umulmaktadır (78).

2.1.8.2. Sistemik Tedavi Yöntemleri

2.1.8.2.1. Kemoterapi

Kemoterapi ya da kanser hücrelerinin yok edilmesinde kimyasal maddelerin kullanımı, malign tümörlerin tedavisinde ana yöntemi oluşturmaktadır. Cerrahi girişim ve radyoterapi, hastalığın lokalize olduğu durumlarda etkili olurken kemoterapinin en büyük avantajı, metastaz ya da hastalığın yaygın olduğu durumlarda uygulanabilir olmasıdır. Hemen hemen tüm kemoterapötik maddeler DNA sentezini ya da işlevini etkileyerek neoplastik hücreleri öldürmektedirler. Ancak bu ilaçların etkileri, hücre siklusu içindeki aktivite mekanizmalarına göre değişmektedir. Hücre siklusuna özgü ilaçlar hücre siklusunun belirli bir aşamasında, hücre siklusuna özgü olmayan ilaçlar ise bölünen ve dinlenen hücreleri, hücre siklusunun her aşamasında etki göstermektedir (74).

Kemoterapötik maddeler; alkilleyiciler, antimetabolitler, bitki alkaloidleri, antitümör antibiotikleri ve steroid hormonlar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma ilaçların hücre siklusu ve kimyasına olan etkilerine göre yapılmaktadır.

Alkilleyici Maddeler: Hücre siklusuna özgü olmayan ilaçlardır. DNA zincirlerinde çapraz bağlantıların kırılmasına neden olarak doğrudan DNA'yı etkilemektedirler. En sık kullanılan siklofosfamid alkilleyici ajanlar içerisinde yer almaktadır (75,79).

Antimetabolitler: Hücre siklusuna özgü ilaçlar, genellikle DNA sentezi gibi hücrenin metabolik süreçlerini bozarak hücre gelişimini bloke etmektedir. Bu ilaçlar hücre içine girmek için diğer maddelere yapışıp hücre içine girdikten sonra, normal gelişme ve çoğalmayı durdurmaktadır. Bu gruptaki tüm ilaçlar hücre siklusuna özgü olup hücreyi "S" evresinde etkilemektedir. Sık kullanılan antimetabolit örnekleri içinde 5-fluorourasil ve methotrexate yer almaktadır (75,79).

Nitrosorlar: Hücre siklusuna özgü olmayan ilaçlardır. Alkilleyici maddelere benzer biçimde etki ettiği gibi aynı zamanda DNA onarımı için gerekli enzimatik değişimleri de inhibe etmektedir. Karmustin ve lomustin bu gruptaki temel ilaçları oluşturmaktadır (75).

Antitümör antibiyotikler (antrasiklinler): Farklı yapıda bir grup olup çoğu hücre siklusuna özgü olmayan ilaçlar olarak kabul edilmektedirler. Genelde DNA ile bağlanıp, RNA sentezine engel olmaktadır. Bu grup içinde en çok kullanılan ilaçlar, doksorubisin, mitomisin ve bleomisin (75).

Bitki (Vinca) alkaloidleri: Hücre siklusuna özgü ilaçlardır. Genelde mitoz bölünmesinde iplikçiklerin oluşmasına engel olarak hücre bölünmesini bloke etmektedirler. Vinkristin, vinblastin ve VP-16 bu grubun en sık kullanılan ilaçları içinde yer almaktadır (75,79).

Steroid hormonları: Adrenokortikosteroidler, östrojen anti-östrojen, progesteron ve androjen, bazı tümörlerin tedavisinde kullanılmaktadır. Etki mekanizmaları çok açık olmamakla birlikte steroid hormonunun bazı hormon bağımlı kanserlerin büyümesini değiştirdiği bilinmektedir (75).

Taksanlar: Etkileri, hücrenin mitoz fazında bölünmesini önleyerek olmaktadır. Bu grup içinde en çok paclitaxel ve docetaxel ilaçları kullanılmaktadır (77).

Platin bileşikleri: Bu ilaçlar DNA'ya tesir etmektedir. Cisplatin, carboplatin bu gruba girmektedir (77).

2.1.8.2.1.1. Kombine Kemoterapi

Tümöre karşı en üst etkiyi, en az toksisite ile sağlayabilmede hücre siklusuna özgüllükleri ve toksiteleri yönünden farklılık gösteren kemoterapötik maddeler bir arada kullanılmaktadır. Tümör hücreleri farklı biyolojik özelliklere sahip olduklarından (heterojen), ilaçları bir arada kullanmak, kanser hücrelerinin direncini kırmada tek bir ilaçtan daha etkili olmaktadır (75). En çok kullanılan kombinasyonlar;

Çizelge 4. Meme kanserinde sık kullanılan kemoterapi rejimleri

Rejim	Ajan	Siklus Sayısı	Siklus Uzunluğu (günler)	Tedavi Süresi (aylar)
CMF	Siklofosfomid Methotaxate Flourourasil	6	28	6
CEF	Siklofosfomid Epirubisin Flourourasil	6	28	6
CAF	Siklofosfomid Doksorubisin (Adriamisin) Flourourasil	6	21	4-6
AC	Doksorubisin (Adriamisin) Siklofosfomid	4	21	3
FEC	Flourourasil Epirubisin Siklofosfomid	6	21	4-6
AC + T	Doksorubisin (Adriamisin) Siklofosfomid Bunu takiben tek başına paklitaksel	4 4	21	6
TAC	Dosetaksel Adriamisin Siklofosfomid	6	21	4-6

(Kaynak: Dursun AN. *Meme Kanseri*. 1. Baskı;Oxford:Health Press, Abbott Laboratuvarı;2007:93.)

2.1.8.2.1.2. Kemoterapinin Yan Etkileri

Kemoterapi günümüzde meme kanseri tedavisinde oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Genel olarak kemoterapi tümörlü hücreler üzerine daha belirgin etki gösterse de bazı normal dokuların da etkilenmesi kaçınılmazdır. Sonuç olarak her ne kadar son yıllarda amaca yönelik tedavi yaklaşımları ivme kazanmış olsa da, seçicilik sorunu kemoterapi uygulamalarında halen önemini korumaktadır. Meme kanserinde tedavi amaçlı kullanılan bir çok kemoterapi ajanı bulunmaktadır (78). Kemoterapik ajanların alopesia, yorgunluk-halsizlik, bulantı-kusma, ağız yaraları, koku-tat almada azalma ve kemik iliği baskılanması gibi genelde bilinen yan etkilerine meme kanseri olan hastaların tedavisinde de sıkça karşılaşılmaktadır (78-80). Bunların dışında kullanılan ajanların da kendilerine has bazı yan etkileri olabilmekte ve bunlar da hastaların yaşam niteliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Antrasiklinler'de kardiyotoksisite, taksanlar'da duyarlık tepkileri, deri ve tırnak değişiklikleri, nörotoksisite, fluoroprimidinler'de mukozit, ishal, el-ayak sendromu, siklofosamid'de hemorajik sistit bunlar arasında sayılabilir. Son yıllarda meme kanseri tedavisinde en etkili ajanlar olan antrasiklinler ve taksanlar'ın birlikte kullanılması daha etkili sonuçların sağlanmasına olanak vermiş, ancak bazı yan etkilerin artması nedeniyle hastaların daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olabilmesi için daha yoğun destek tedavileri sağlanması gerekliliğini de ortaya çıkarmıştır (78).

Meme kanseri olan hastalarda kemoterapinin yaşam kalitesi üzerine bazı olumsuz etkileri olduğu gözlenmekle beraber bu tip etkiler çoğunlukla tedavi süresince geçerli olmakta ve tedavi bitimini izleyen kısa sürelerde yaşam kalitesi skorları tedavi öncesi değerlerine dönmektedir. Tedavilerin hastalarda yol açacağı etkilerin bilinmesi, bunların önlenmesi açısından gerekli destek tedavilerin, hastaların gerekli psikososyal desteği de dahil olmak üzere yeterli bir şekilde uygulanması ile daha etkin kemoterapi uygulamalarının gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (78).

2.1.8.2.2. Hormon Tedavisi

Meme kanseri çoğunlukta hormonlara bağlı olarak büyümektedir. Hormonlar daha dakik olarak kadın cinsiyet hormonu östrojen kanser hücrelerinin büyümesini desteklemektedir. Meme bezesinde büyüyen kötü huylu tümörlerin yaklaşık dörtte üçünde hormon reseptörlerinin mevcut olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle kanser

hücrelerinin büyümesine ters yönde etkili hormonların bedene verilmesiyle, yani "anti-hormonları", frenlemek mümkün olmaktadır (81). Hormonal tedavi, östrojen hormonunu bloke ederek, hormonun aktif duruma geçmesini ve meme kanseri hücrelerinin çoğalmasına uyarmasını engel olmaktadır.

Hormonal tedavinin amacı; cerrahi, kemoterapi veya radyoterapi ile gerçekleştirilen ilk tedaviden sonra vücudun herhangi bir yerinde kalmış olabilecek kanser hücrelerinin ortadan kaldırılmasını sağlamaktır. Hormonal tedavi, hormon reseptörü-pozitif meme kanserlerinde etkili olmaktadır (82).

Meme kanserinin hormonal tedavisi, sistemik kanser tedavilerinin en eskisi ve ilk reseptöre yönelik tedaviyi oluşturmaktadır (83). Meme kanserinde östrojen salınımı uyarılmasını azaltan dört önemli hormonal tedavi türü vardır;

1. Spesifik Östrojen Reseptör Modülatörlerinin (SERM) Kullanılması

SERM'ler steroid yapısında olmayan östrojen reseptörüne direkt bağlanan antiöstrojenleri oluşturmaktadır. Hepsi karışık olarak östrojenik ve antiöstrojenik aktivite göstermektedir. Tamoksifen, raloksifen ve toremifen bu grup ilaçlar içinde yer almaktadır (83,84).

2. Aromataz İnhibitörlerinin Kullanılması

Aromataz inhibitörleri, hormon reseptörü-pozitif meme kanserli post-menopozal kadınlarda östrojen miktarını azaltmaktadır. Menopozdan önce, kadınlardaki östrojenin büyük bölümünü yumurtalıklar üretmekte, yani diğer östrojen kaynaklarının kısıtlanması etkisiz veya çok az etkili olmaktadır. Post-menopozal kadınlarda ise, vücuttaki östrojenin büyük bölümü başka bir hormon olan androjenden üretilmektedir. Aromataz inhibitörleri, androjenin östrojene dönüşmesini sağlayan aromataz adlı enzimi durdurmakta ve böylece yumurtalıklar dışında üretilen östrojen miktarını azaltmaktadır. Bu da kan dolaşımında daha az östrojen olması, östrojen reseptörlerine daha az östrojenin ulaşması ve daha az kanser hücresi çoğalması anlamına gelmektedir (82). Metastatik meme kanseri tedavisinde steroid yapısında olmayan anastrozol, letrozol ve steroidal bileşik olan eksemestan bu grubu oluşturmaktadır (83,84).

3. Spesifik Östrojen Reseptör Azaltıcıların (SERD) Kullanılması

SERD'ler (steroid antiöstrojenler) östrojen düzeyini sıfıra indirerek östrojenin etkisini tamamen inhibe etmektedir. Bu grubun ilk örneği Fulvestrant'tır (84,85).

4.Ovaryan Ablasyonu veya Supresyonu

Menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda yumurtalıkların ana östrojen kaynağı olması esasına dayanmaktadır. Pre-menopozal kadınlarda yumurtalıkların östrojen üretimini durdurmanın üç yolu vardır (82):

- İlaçlar: LHRH agonistleri geri dönüşümlü ovaryan supresyon sağlamaktadır. LHRH agonistleri hipofizdeki LHRH reseptörlerini azaltarak, Lütenize edici Hormon (LH) ve östradiol seviyesini baskılamaktadır (86).
- Cerrahi: Yumurtalıkların alınması (ooforektomi) vücuttaki östrojen miktarını belirgin olarak azaltmaktadır.
- Yumurtalık radyoterapisi: Bazen yumurtalık ablasyonu olarak da adlandırılan, yumurtalıklara düşük dozda radyasyon uygulanması östrojen üretimini de durdurabilmektedir. Yumurtalık fonksiyonunun durdurulmasında bu yöntem nadiren kullanılmaktadır (82).

Çizelge 5. Meme kanserinde hormonal tedaviler ve etki mekanizması

	Etki Mekanizması	Hormonal Ajanlar
SERM	Östrojen reseptör inhibisyonu	Tamoksifen, Raloksifen
Aromataz inhibitörleri	Östrojen sentezi inhibisyonu	Anastrozol, Letrozol, Eksamestan
SERD	Östrojen reseptör miktarının azaltılması	Fulvestrant
Ovaryan baskılayıcılar	Östrojen sentezinin engellenmesi	Ooferektomi, kemoterapi, LHRH antagonistleri

(Kaynak: Alanyalı H. Meme kanserinde Hormonal Tedaviler. *Klinik Aktüel Tıp*. Okoloji Özel Sayısı. 2005;11(10):38-48.)

2.1.8.2.2.1. Menopoz Öncesi Hormon Tedavisi

Endokrin ilaçların seçimi hastaların menopozal durumuna bağlıdır. Çünkü bu faktör östrojenin kaynağını belirlemektedir. Premenopozal kadınlarda östrojenin ana kaynağı overlerdir. Premenopozal kadınlarda standart endokrin tedavisi tamoksifendir. Tamoksifenin 5 yıl kullanımı önerilmektedir. Overin baskılanması tamoksifene bir

seçenek olarak kabul edilebilmektedir. Premenopozal hastalarda tamoksifen ve LHRH analogları da kullanılabilir (78).

2.1.8.2.2.2. Menopoz Sonrası Hormon Tedavisi

Over fonksiyonları devre dışı kalmış ve adet kesilme yıllarını geçmiş olan kadınlarda, östrojen üretimine daha az miktarlar söz konusu olsa da, devam edilmektedir. Özellikle yağ dokusunda, kaslarda ve bizzat meme kanseri hücrelerinde östrojen üretimi olmaktadır. Bu üretim bir yandan tamoksifen aracılığıyla ve diğer yandan aromataz engelleyici denilen cisimler yoluyla bastırılabilir. Aromataz östrojen üretimini hormon ön kademelerinden gerçekleştirmektedir ve aromataz engelleyiciler onun bu işlevini engellemektedir. Postmenopozal kadınlarda ise endokrin tedavi seçeneklerinden antiöstrojenler ve aromataz inhibitörleri kullanılabilir (78).

2.1.8.2.2.3. Hormon Tedavisinin Yan Etkileri

Bir hormon tedavisi genel olarak, bir kemoterapiyle kıyaslandığında, daha az yan etkilere sahiptir ama yan etkileri yine de mevcuttur. Hormonlar genel olarak östrojenin vücutta kullanılmasını önleyerek, yapımını engelleyerek veya yumurtalıkları çalışamaz hale getirerek etki ettiklerinden, hormon tedavisi alan hastalarda menopoza ait şikayetlerin gelişmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bu nedenle hastalarda; sıcak basması, vajinal kuruluk, düzensiz adetler, terlemeler, uykusuzluk görülebilmektedir (81,87).

Hormon tedavisi olarak verilen ilaca göre yan etkiler farklı olmaktadır. Günümüzde en sık kullanılan ilaç tamoksifendir. Tamoksifene bağlı ciddi yan etkiler oldukça seyrek. Bu yan etkilerden biri tamoksifenin kanın pıhtılaşma özelliklerini değiştirerek trombozların meydana gelmesine yani damarların kandaki pıhtı ile tıkanmasına kolaylık sağlayabilmesidir ve diğer ciddi yan etkisi ise Tamoksifenin uterusun mukoza zarında östrojene benzer etki yaratarak uzun süreli kullanıldığında, kanser oluşma riskini arttırmasıdır. Bu nedenden dolayı Tamoksifen beş yıldan fazla kullanılmamaktadır. Ayrıca terapi sırasında halen rahim bünyesine sahip olan kadınların, yılda bir defa rahim bünyesi mukoza zarının kalınlığının tespit edilebileceği şekilde, vajinayı ultrason ile incelemeleri gerekmektedir. Tamoksifen terapisinin bir

diğer istenmeyen sonucu, özellikle yaşlı hastalarda, gözde göz merceğinde bulanma riskini oluşturmaktadır.

Aromataz inhibitörleri ise kemik dansitesi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle osteoporozu desteklemektedir. Bunların yanı sıra kas, mafsalları ağrılarına yol açabilmekte ve yağ metabolizmasını olumsuz etkileyebilmektedirler (81).

2.1.8.2.3. Biyolojik Tedavi

Meme kanserinin adjuvan tedavisinde son dönemlerde dikkatlerin üzerinde yoğunlaştığı bir diğer konu HER-2/neu (HER-2) proteinini hedefleyen monoklonal antikor tedavisidir. HER-2 hücre büyümesi, diferansiyasyonu ve yaşamına aracılık eden dört transmembran reseptör tirozin kinaz ailesinin bir üyesidir. HER-2'nin aşırı ekspresyonu meme kanserli hastaların %15-25'inde izlenmekte ve tümörün agresif davranışı buna eşlik etmektedir. Trastuzumab (Herseptin) HER-2'nin ekstraselüler domainine karşı geliştirilmiş olan humanize bir monoklonal antikor olup, HER-2 (+) metastatik meme kanserli hastalarda haftalık ya da 3 haftada bir uygulamalarının gerek tek başına gerekse kemoterapi ile kombine olarak uygulandığında etkin olduğu gösterilmiştir (88).

Kemoterapiden farklı olarak trastuzumabın kendine özgü toksisitesi mevcut olup, konjestif kalp yetmezliği şeklinde izlenen kardiyotoksikite görülebilmektedir. Tek ajan olarak kullanıldığında kardiyotoksikite insidansı antrasiklinlerle birlikte kullanıldığında anlamlı oranda artmaktadır. Bu nedenle trastuzumab sıklıkla kardiyotoksikite insidansının fazla artmadığı taksanlarla birlikte kombine olarak kullanılmaktadır (88).

2.1.8.3. Evrelendirmeye Göre Sistemik Tedavilerin Uygulanışı

Meme kanserinde sistemik tedavinin seçilmesi birçok prognostik ve prediktif faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bunlar tümörün evresi, östrojen ve progesteron reseptörü durumu, hücrenin DNA içeriği, lenf bezlerinin hastalık durumu, hücrede grade, her-2neu/erb reseptör varlığı, hastanın komorbid hastalıkları, yaşı ve menopoz durumu yer almaktadır (77,89).

2.1.8.3.1. Erken Evre Meme Kanserinde Tedavi

Eskiden tümör çapı 2 cm'den küçük olan ve aksiller lenf bezi metastazı yapmamış olan tümörlere sistemik tedavi önerilmemekteydi. Ancak, bu gruptaki bazı hastalarda, kemoterapi ve hormon tedavisi uygulandığında, hem hastalıksız sağkalımın, hem de genel sağkalımın uzatıldığı anlaşılmıştır. Genellikle çapı 1cm'den küçük olan tümörlerde, nüks riski %10 ve altındadır. Bu düşük riskli hastalarda, günlük uygulamada adjuvan kemoterapi önerilmemektedir (80).

Tümör çapı 1 cm ve daha büyük olan invazif duktal veya lobüler karsinom hastalarında, histolojik veya nükleer gradı yüksek olanlara, östrojen ve/veya progesteron reseptörü bulunmayanlara adjuvan kemoterapi önerilmektedir. NIH (National Institutes of Health) meme kanseri için adjuvan tedavi konferansında alınan kararlar doğrultusunda, östrojen ve/veya progesteron reseptörü bulunmayan bu grup hastalarda, menopoz durumuna bakılmaksızın kemoterapi uygulanması uygun görülmektedir. Östrojen reseptörü taşıyan hastalar için, adjuvan kemoterapinin ardından 5 yıl süreyle tamoksifen kullanılması, hem hastalıksız sağkalımı hem de genel sağkalımı uzatmaktadır. Tedavide kombine kemoterapi uygulanmaktadır. Bu amaçla, CMF veya AC tercih edilmektedir. Tümör çapı 1-2 cm arasında (T1c) ve 50 yaşın üzerinde olup, hormon reseptörü taşıyan hastalarda 5 yıl süreyle tamoksifen 20 mg/gün ile tedavi önerilmektedir (80).

2.1.8.3.2. Yerel İleri Meme Kanserinde Tedavi

Yerel ileri meme kanseri, özel bir tümör grubunu oluşturup gerek yerel, gerekse sistemik yineleme açısından riski yüksek olmaktadır. Evreleme açısından heterojen bir grubu oluşturmaktadır. Evre IIB içerisinde yer alan T3NOMO, evre IIIA, IIIB yerel ileri meme kanseri içersine girmektedir. Günümüzde yerel ileri meme kanserinde sistemik tedavinin öncelikle yapılması kabul görmüştür, ancak en uygun kemoterapi protokolü henüz belirlenmemiştir (78).

Bu hastalarda tedaviye neoadjuvan kemoterapi ile başlamak, uygun bir yaklaşım olmaktadır (80). Tedavide kullanılan protokoller genellikle metastatik hastalık çalışmalarından esinlenerek geliştirilmekte ve daha çok (78) antrasiklin içeren kombine kemoterapi ile tedaviye başlamak uygun bir seçimdir. Bu amaçla CAF ve ya CEF ya da AC veya EC tercih edilmektedir. Ayrıca antrasiklin/taksan (doksorubisin/dosetaksel)

kombine tedavisi ile de oldukça iyi sonuçlar alınabilmektedir. Bu tedavi ile alınan cevap oranları %80-90'a ulaşmaktadır (80).

2.1.8.3.3. Metastatik Meme Kanserinde Tedavi

Bu hastalarda metastazın görüldüğü organ ve hastanın semptomatik olması veya olmaması ön plana çıkmaktadır. Kaburgalar, yumuşak doku gibi yaşamsal önemi olmayan ve tarama sırasında ortaya çıkarılan metastazlar için tedavi protokolünü ER ve hastanın yaşı belirlemektedir (90).

Menopoz öncesi veya menopoz sonrası hastada ER(+) ise ilk seçenek tamoksifen olmaktadır. İkinci seçenek tedavi ise menopoz öncesi hastalarda ooforektomi, menopoz sonrası hastalarda ise aromataz inhibitörleri olmaktadır. Eğer bundan da yarar görmezse, sistemik kemoterapiye gereksinim doğmaktadır. ER(-) hastalarda ise ilk tedavi seçeneğini kemoterapi oluşturmakta ve FAC, AC veya CMF uygulanabilmektedir. Tek başına dosetaksiel veya paklitaksiel veya vinorelbin kombinasyonları ikinci seçeneği oluşturmaktadır. Eğer metastaz semptom vermişse veya beyin, karaciğer, akciğer gibi yaşamsal önemi olan bir organda ise, öncelikle FAC, CMF gibi sistemik kemoterapiye başvurulmaktadır. Cevap alınamazsa dosetaksiel tek başına veya paklitaksiel veya vinorelbin kombinasyonları uygulanmaktadır (90).

Cerrahi girişim sonrası sistemik kemoterapi yapılmış hastada ilk bir yıl içinde metastazla karşılaşmış ise kemoterapi protokolü değiştirilmektedir. Örneğin, CMF yerine AC veya FAC uygulanmaktadır. Eğer antraksiklinli bir kombinasyon uygulanmışsa hastalığın antraksiklinlere dirençli olduğu düşünülerek tek başına dosetaksiel veya paklitaksiel veya vinorelbin kombinasyonlarına başvurulmaktadır. Bir yıldan sonraki metastazlarda aynı kemoterapi protokolü uygulanabilmektedir (90).

2.2. Cinsellik Kavramı

Cinsellik, yaşam boyunca insan olmanın temel bir yönü olup cinsiyet, cinsel kimlik ve rolleri, cinsel yönelimi, hazzı, yakınlaşmayı ve üremeyi içermektedir. Cinsellik; düşüncelerde, fantezilerde, arzularında, inançlarda, tutumlarda, değerlerde, davranışlarda, eylemlerde, rollerde ve ilişkilerde yaşanmaktadır (91).

Cinselliğin sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik sosyal yönleri bulunmaktadır. Biyolojik boyut, temel olarak üremeyi içermektedir. Hayvan türünde neslin devamlılığına hizmet eden cinsel dürtülenmenin güçlülüğü dikkate alındığında biyolojik boyutun anlamı ortaya çıkmaktadır. Sosyal boyut ise bir yanda iki insanın birlikte oluşu, diğer yanda toplumsal değer yargılarıyla kendini göstermektedir. Toplumsal örgütlenme açısından cinselliğin insanlığın eski çağlarından beri üst yapı kurumları içinde bir dizi kurallara bağlanmış olduğu dikkati çekmektedir. Bu yanıyla cinsellik, değer yargılarından, inançlardan, geleneklerden bağımsız bir şekilde ele alınamamaktadır. Psikolojik açıdan cinsellik, bireyin seçtiği, tasarladığı ve zaman zaman erteleyerek de olsa yaşadığı bir boyut olup yakınlaşma, bütünleşme, bir olma gereksinim ve isteği ile belirgin olmaktadır. Duygusal paylaşımın yoğunluğu, cinsel yaşantıda belirleyici rol oynamaktadır. Bireyin, paylaşımları doğrultusunda davranış biçimleri de değişebilmektedir (92).

Cinsellik, tüm boyutları içerebilmesine rağmen, bunların tümü daima yaşanmamakta veya ifade edilmemektedir (91).Cinsellik, bireyin yalnızca üreme organlarını değil, insan olarak sahip olduğu tüm özelliklerini yansıtmaktadır. Bu nedenle cinsellik, tüm bireylerin doğumundan ölümüne kadar yaşamlarını bütünleyen önemli bir parça olarak ele alınmaktadır (94). Cinsellik; biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, kültürel, etik, yasal, tarihsel, dinsel ve ruhsal etkenlerin karşılıklı etkileşiminden etkilenmektedir (91,93).

Cinsel sağlık; cinsellikle ilişkili bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olup; sadece hastalık, disfonksiyon ya da zihinsel veya bedensel zayıflık olmaması değildir. Cinsel sağlık; cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşım yanında, haz veren ve zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen güvenli cinsel deneyimler olasılığını gerektirmektedir. Cinsel sağlığın sağlanması ve sürdürülmesi için tüm kişilerin cinsel haklarına saygılı olunmalı ve bu hakları korunmalı ve karşılanmalıdır (94). Dünya

Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı "cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi olarak tanımlamaktadır. Crouch'un (94) bildirdiğine göre Mace ve arkadaşları cinsel sağlığın üç ögesi olduğunu belirtmektedir. Bunlar;

- Üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen organik hastalık ve sakatlıkların olmaması,
- Cinsel tepkileri bastıran ve insan ilişkilerini olumsuz etkileyen korku, utanç, suçluluk ve yanlış inançların olmaması,
- Sosyal, kişisel etikle uyumlu olarak üreme ve cinsel davranışlardan hoşnut olma, kontrol edebilme kapasitesine sahip olmasıdır.

Cinsellik ve cinsel sağlık yaş, cinsiyet ve cinsel yönelime bakılmaksızın, tüm iyilik halinin temel ve önemli bir parçasıdır. Cinsellik ve cinsel sağlık, yaşam kalitesi için hayati önem taşımaktadır (94).

2.2.1. Kadınlarda Cinsel Yanıt Döngüsü

Periferik ya da santral, nasıl bir uyarımla başlıyor olursa olsun cinsel cevap, sinir sisteminin tetiklediği bir dizi vasküler değişikliklerle kendini göstermektedir. Cevabın ortaya çıkışında özellikle psikolojik durum, endokrin, nörolojik ve vasküler sistem yoğun bir etkileşim içinde rol oynamaktadır (92).

Cinsel cevap dört temel aşamayı içermektedir;

a) Uyarılma Evresi

İlk evredir (95). Uyarılma dönemi, bireyin uyarılmaya hazır ya da açık olması gibi bir temel içsel durumda, uygun bir uyarımla başlamaktadır. Hazır olma, o zamana kadar yaşadıkları ışığında cinsel uyarımı algılamaya açık olma şeklinde tanımlanabilmektedir (92).

Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyonun, kadında ise lubrikasyonun ortaya çıkması ve bedende yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilmektedir. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artmaktadır. Kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi;

kişiyeye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarıcı aralıklarla sürdürülmüşse, uzayabilmekte ya da kaybolabilmektedir (96).

Bu evrede kadınlarda meme uçları erekte olmakta, memelerde vazodilatasyon ve büyüme görülmektedir (93). Labium majörler cinsel uyarımın artmasıyla birlikte yassılaşıp öne ve yukarıya doğru yükselmekte, labium minörlerin ise çapı belirgin derecede artarak yassılaşıp incelen labium majorlara doğru çıkıntı oluşturmaktadır. Bu evrede klitoriste hafif bir konjesyon ve buna bağlı klitoral gövdede hafif bir büyüme görülmektedir. Genital bölgede oluşan vazokonjesyon sonucunda, vajina duvarlarında oluşan transüda, koitus sırasında vajinal duvarların kayganlığını sağlamaktadır (96).

b) Plato Evresi

Uyarılma evresinin giderek arttığı ve hazzın orgazma yaklaşmasına kadarki kısmını oluşturmaktadır (95). Bu evrede memelerdeki büyüme en ileri seviyeye ulaşmakta, cinsel organlardaki yerel kanlanma artışının yanında genel olarak kan dolaşımını hızlanmaktadır. Plato evresinin sonlarına doğru kaslardaki gerilim, hızlı nefes alıp verme, kalbin hızlı çarpması, kan basıncında artma belirginleşmekte ve anüsü çevreleyen kaslarla kalça kaslarında kasılmalar gözlenmektedir (97). Plato dönemi 30 saniye ile birkaç dakika arasında sürmektedir (92).

c) Orgazm Evresi

Kadınlarda orgazm evresi tam bir cinsel doyumun önkoşulu ve psikoseksüel haz doruğuna ulaştıktan sonra ruhsal bir yaşantı olarak algılanan, haz geriliminin çözüldüğü evredir (98).

Evreler arasında süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun olanıdır. Orgazm sırasında vajinanın dış 1/3 lük kısmındaki kaslarında ritmik kasılmalar meydana gelmektedir (93). Bu kasılmaların şiddeti ve sayısı kişiden kişiye değişmekle birlikte, genellikle 3-5 bazen 10-15 defa kasılma olmaktadır. Başlangıçta çok güçlü ve kısa aralıklarla olan bu kasılmaların, gittikçe şiddeti ve aralık süresi uzamaktadır. Plato evresinin sonuna doğru belirginleşen kaslardaki gerilim, hızlı nefes alıp verme, kalbin hızlı çarpması, kan basıncında artma orgazm boyunca da sürmektedir (97).

d) Çözülme Evresi

Cinsel döngünün son evresini oluşturmaktadır (95). Kadın ya da erkekde, orgazmı ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin

dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir (97). Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre çok değişmektedir (99).

Kadınlar, çözülme evresinin herhangi bir aşamasında uygun bir cinsel uyararla yeniden uyarıldıkları takdirde, yeniden bir başka orgazm evresine girme potansiyeli gösterebilmektedirler (99).

2.2.2. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Cinsel fonksiyon bozukluğu, her iki cinste cinsel cevap döngüsünde ve cinsel istekte bozukluklar ile karakterize, psikofizyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (100). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşa bağımlı, progressif ve kadınların %30-50'sini ilgilendiren, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen multifaktöryel bir sorundur (20).

Yapılan araştırmalar, kadınların yaşamları boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir (97). Cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Amerika'da saptanan %43'lük sıklığa karşın, İngiltere'de %33, İzlanda'da ise %22 olarak bulunmuştur. Amerika ve İngiltere'de yapılan geniş serilere sahip epidemiyolojik çalışmalarda, CD'lerinin kadınlarda erkeklerden yaklaşık 1.5 kat daha fazla görülmekte olduğu ortaya çıkmıştır (20). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ile ilgili en geniş seriye sahip çalışmalardan biri, Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması verilerinin derlendiği çalışmadır. Bu çalışmada, yaşları 18-59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen veriler toplanmış ve erkeklerde cinsel sorun görülme sıklığı %31 iken, kadınlarda %43 olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen kadınlarda azalmış cinsel istek prevalansı %22, orgazm sorunları prevalansı %14 ve cinsel ilişki sırasında ağrı prevalansı ise %7 olarak bulunmuştur (20).

Ülkemizde kadın CD prevalansını gösterecek çok merkezli çalışma olmadığından, kadın CD epidemiyolojisi ve prevalansına ilişkin veriler sınırlı olmaktadır. Yurdumuzda kadın cinsel fonksiyonları prevalansını gösteren çalışma Çayan ve ark. tarafından 179 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada CD prevalansının yaşla birlikte arttığı, düşük eğitim düzeyi, ek bir kronik hastalık bulunması, doğum sayısının fazlalığı, menapoz gibi faktörlerin cinsel fonksiyonları

olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %60.3'de arzu problemleri, %43'ünde uyarılma problemleri, %38'inde lubrikasyon problemleri, %45.8'inde orgazm problemi, %38'inde memnuniyetsizlik ve %36,8'inde disparoni olduğu saptanmıştır (19,101).

Cinsel işlev bozukluğu genellikle cinsel yanıt sürecinin ilk üç evresinde yaygın olarak görülmekte ve duygusal sağlık, eş ile ilişki, kişiler arası ilişkileri etkileyebilmektedir (92,102). Sağlıklı cinsel işlev için gerekli temel öğeler şunlardır:

- Sağlıklı anatomik ve fizyolojik yapı
- Uygun fiziksel ve duygusal cinsel uyarıcı
- Uyarıcının algılanmasını önleyen etkenlerin olmaması
- Cinselliği olumlu yönde etkileyen etkenler (92)

2.2.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Sınıflandırılması

En son yapılan CD sınıflandırılmasına göre;

1. Cinsel istek bozuklukları
 - Hipoaktif (azalmış) cinsel istek bozukluğu
 - Cinsel tiksinti bozukluğu
2. Cinsel uyarılma bozuklukları
3. Orgazmik bozukluklar
4. Cinsel ağrı bozuklukları
 - Disparoni
 - Vajinismus
 - Diğer cinsel ağrı bozukluklarıdır.

2.2.3.1. Cinsel İstek Bozuklukları

Cinsel istekte azalma kadınlarda en yaygın görülen cinsel işlev bozukluğudur (103).

Hipoaktif (azalmış) Cinsel İstek Bozukluğu

Cinsel istek bozukluğu kişinin yaşı ve yaşam koşulları dikkate alınarak, sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel fantezi ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması durumu olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyim ile cinsel hayaller kurmak cinsel konularda konuşmak, cinselliği hatırlatan hemen her şeye

karşı istekte bir azalma ya da hiç istek olmaması durumudur. Kadının cinsel eylemi oluşturacak ortamı hazırlama, oluşturma, cinselliği başlatma ile ilgili hevesi, ilişki sırasında uyarılma evresine ait belirtiler (ıslanma, göğüslerde dikleşme) azalmakta veya oluşmamaktadır (95).

Cinsel isteksizlik ergenlik döneminden itibaren herhangi bir dönemde kendiliğinden başlayabileceği gibi yaşam koşullarındaki zorluklar, eşle yaşanan problemler, yaş dönemi, depresyon, ilaç kullanımı, bedensel hastalıklar gibi nedenlere bağlı olarak sonradan da ortaya çıkabilmektedir (95).

Cinsel istek azlığını toplumda değerlendirecek yeterli çalışma bulunmamaktadır. Herhangi bir cinsel sorun nedeniyle hastaneye başvuranlarda yapılan sınırlı sayıdaki araştırmalarda ise, batı toplumlarında tüm hastaneye başvuran kadınların %30-49'unda cinsel isteksizlik olduğu, ülkemizde ise bu sıklığın %8-15 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu farkın ülkemizde cinsel isteksizliğin daha az görülmesinden değil, bu nedenle hekime başvurunun azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir (95).

Cinsel Tiksinti Bozukluğu

Sürekli olarak ya da tekrarlayıcı biçimde cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle kaçınma olarak tanımlanmaktadır. Yaşam boyu veya cinsel ya da fiziksel istismarı takiben sonradan da ortaya çıkabilmektedir (95).

2.2.3.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisi sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunu sürdürememe olarak tanımlanmaktadır. Sıklıkla orgazm bozukluğu ile birlikte görülmektedir (95,97,104).

Ülkemizde çoğunlukla cinsel eğitim ve deneyimin çok az olmasından ve temel cinsel tekniklerin ve partneri uyarma yöntemlerinin çiftler tarafından iyi bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Cinsel istekle ilişkiye başlayan ama uyarılamadığından yakınan kadınların çoğunda ilişki biçiminin, süresinin ve şeklinin uyarılma ortaya çıkarmak için eksik olduğu görülmektedir. Kadında cinsel uyarılma bozukluğu kadının cinselliği haz almadan yaşamasına neden olmaktadır. Bir anlamda görev olarak kabul ettiği cinselliğin tatsız bir etkinliğe dönüşmesi riski oluşmaktadır.

Kendisi için uygun şekilde ve sürede uyarı almayan kadın yeterince uyarılamaz, vücudunda uyarılma sırasında oluşacak belirtiler yeterince oluşamaz, bunun doğal bir sonucu olarak da yeterince haz alamaz ve plato evresi yaşanmadığından orgazm oluşmamaktadır. Kadın yeterince haz alamadığı ve orgazm olamadığı için de cinsel ilişkiyi istemeyebilir ve bunun sonucu olarak da tabloya cinsel istek bozukluğu eklenebilmektedir (95). Kadınların %10-20'si cinsel uyarılma bozukluğu yaşamaktadır (103). Cinsel uyarılma ile ilgili problemler sadece psikolojik nedenli olabileceği gibi, vajina veya klitorise kan akımının azalmasına neden olan pelvik cerrahi, radyoterapi veya tıbbi tedaviler sonucu da görülebilmektedir (105).

2.2.3.3. Orgazm Bozuklukları

Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli ya da yineleyici biçimde gecikmesi ya da olmaması olarak tanımlanmaktadır. Genel toplum çalışmalarında %5-20 olarak görülmektedir. Ülkemizde bu konu ilgili bir çalışmaya ulaşılammıştır (95).

Orgazm bozuklukları; hormonal yetersizlik, travma, cerrahi girişimler gibi sekonder ya da cinsel istismar, tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyimler, emosyonel travma gibi primer bir nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Bununla birlikte ilaçlar da olduğu gibi tıbbi/fizyolojik faktörler de mevcut soruna katkıda bulunabilmekte ya da şiddetlendirebilmektedir (105).

2.2.3.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

Cinsel ağrı bozuklukları disparanoya ve vajinismustur. Cinsel ağrı, cinsel uyarılma ve hazzı engellemektedir (106).

Disparanoya (Ağrılı cinsel ilişki)

Cinsel ilişki sırasında yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olması olarak tanımlanmaktadır (106). Kadın cinsel sorunları içinde fiziksel nedenlerin en sık rastlandığı bozukluk disparoni olmaktadır. Kadın cinsel organları veya idrar yollarına ait enfeksiyonlar, genital bölgedeki eski ameliyat nevbeleri, doğum sırasında meydana gelen yırtılmalar, endometriyozis, alt karın bölgesinde bulunan tümörler ve aynı bölgeden geçirilen operasyonlar, radyasyon

tedavileri, bağırsaklar ile ilgili hastalıklar ve rahmin arkaya doğru dönük olması, dispareniye yol açabilmektedir. Diğer cinsel sorunlara bağlı ya da psikolojik nedenlerle de dispareni oluşabilmektedir (106).

Vajinismus

Vajinanın dış üçte bir kaslarında koitusu engelleyici biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması olarak tanımlanmaktadır (106). Temel bozukluk, vajina girişindeki kasların istemsiz kasılmasıdır ancak vajinismusda buna bedenin çeşitli bölgelerinde bazen tüm bedende kasılmalar, sıklıkla bacakların kapanması, korku, bazen titreme, çarpıntı, terleme, bulantı, hatta kusma, fenalık hissi ve ağlama gibi belirtiler eşlik edebilmektedir (95).

Cinsellik konusunda yerleşmiş yanlış inanışların ve tabuların vajinismus gelişiminde en önemli rolü oynadığı düşünülmektedir. Ülkemizde çocukluktan kalma korkular, bekaret kavramına verilen abartılı önem, kızlık zarı ve “ilk gece” konusundaki yaygın yanlış inanışlarla pekişen kaygıları, cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlaması vajinismus gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (95).

Diğer Cinsel Ağrı Bozuklukları

Cinsel birleşme ile ilgisi olmayan kalıcı veya tekrarlayan genital ağrının olduğu durumları içine almaktadır (105). Enfeksiyonlar, vestibülit, geçmişte yaşanan cinsel travmalar, endometriozis gibi faktörlere bağlı olarak gelişebildiği gibi anatomik nedenlerden de kaynaklanabilmektedir (107).

2.2.4. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunu Etkileyen Faktörler

a) Hazırlayıcı Etkenler

Yetiştirilme tarzı: Çok katı veya tutucu bir çevrede yetiştirilerek cinselliğin tabu olarak öğretilmiş olması, karşı cinsle ilişkilerin yasaklanması, özellikle gelişim döneminde kızların ‘kadın bedeni’ konusunda çevresinden olumsuz mesaj alması, kişilerin kendi bedenlerinden ve cinsel yaşamları ile ilgili yaşantıdan utanç ve suçluluk duymalarına, dolayısıyla da cinsel yaşamda ve eşler arasında problemlerin oluşmasına neden olmaktadır (108).

Olumsuz aile ilişkileri: Kişinin yetiştiği aile ortamında anne-babanın birbirleri ve çocukları ile yaşadıkları olumsuz ilişkiler yanında olumlu duyguların ifade edilemeyişi, ilerideki yaşantıda eşle olan ilişkileri ve cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (93,108).

Yetersiz veya yanlış bilgilendirme (Cinsel Mitler): Cinsellikle ilgili yetersiz veya yanlış bilgiye sahip olmak kişileri cinsel yaşamları ile ilgili yanlış beklentiye sokmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, vajinismus şikayeti olan kadınların yanısıra eşlerinin de yaklaşık yarısının cinsel bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (109).

Erken travmatik yaşantılar: Fiziksel ve cinsel istismara, tecavüze uğramak, cinsel organı da dahil olmak üzere şiddete maruz kalmak cinsel yaşamı etkileyebilmektedir (108).

Yaşam biçimi: Yoğun ve stresli geçen günlük yaşam, işle ilgili veya ekonomik sıkıntıların kişide yarattığı olumsuz duygular ve düşünceler cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir (108).

b) Ortaya Çıkarıcı Etkenler

Eşler arasında uyumsuzluk: Eş ile ilişkilerde yaşanan sorunlar cinsel yaşamı da olumsuz etkileyebileceği gibi bazen de cinsellikle ilgili sorunlar eşler arasında gerginliğe neden olabilmektedir. Kişinin kendinden veya eşinden gerçek dışı beklentilerinin olması ve bu beklentilerin karşılanamaması ilişkide çeşitli hayal kırıklıklarının yaşanmasına neden olmaktadır. Karşılıklı anlayışın ve iletişimin sağlanamadığı durumlarda yaşamın her alanı etkilendiği gibi cinsel yaşam da etkilenebilmektedir (108).

Travmatik cinsel yaşantı: Evlilik süresince eşlerden biri tarafından uygulanan cinsel ve/veya fiziksel şiddet, cinsel ilgi ve istek bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (108).

Evlilik dışı ilişkiler: Sadakatsizlik veya evlilik dışı bir ilişkiyi sürdürme, kişinin hem kendisinde hem de eşinde cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (108).

Eşlerden birinin cinsel sorununun olması: Eşlerden birinin cinsel sorununun olması bazen diğer eşin de cinsellikle ilgili sorunlar yaşamasına neden olmaktadır.

Cinsel sorunu olan e e diğer eşin yeterince anlayıŐlı davranmaması, sorun yokmuŐ gibi davranması da olumsuz duygular ve çeşitli çatıŐmalar oluŐturabilmektedir (108).

Fiziksel veya psikiyatrik hastalıklar: Kişinin herhangi bir vasküler hastalığı, diabet, endokrin (obesite gibi) ve nörolojik hastalıkları (Multiple sklerozis, Parkinson gibi), uygulanan radyoterapi, cerrahi girişim öyküsü ve depresyon gibi bir psikiyatrik öyküsünün bulunması cinsel ilgi ve istek bozukluğuna, ağrılı cinsel ilişki gibi durumlara neden olabilmektedir (108).

Alkol ve madde bağımlılığı: Kişinin kullandığı ilaçlar (antihipertansifler, antidepressanlar, di retikerler), ve tüketilen alkol ve diğer keyif verici maddeler uyarılma ve orgazm üzerine olumsuz etki yapmaktadır (93,108).

YaŐlılık: Kadınlarda,  strojen hormonlarının salgılanmasında azalma nedeniyle bazı Őikayetler oluşmaktadır (110).

c) Sürdüren Etkenler

Yetersiz  nseviŐme: Cinsel birleŐmeye,  nseviŐmeye yeterince vakit ayırmadan geçmek, uyarılma aŐamasının atlanması veya yeterince önemsememesi orgazm bozukluğu gibi cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (108).

Suçluluk ve utanma duyguları: Özellikle cinsellik konusunda inhibisyonu olan kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu Őikayetine rastlanabilmektedir (108).

EŞler arasında yetersiz iletişim: EŞlerin neden hoŐlandıklarını veya birbirlerinden ne beklediklerini iletme konusunda yeterli beceriye sahip olmamaları cinsel işlev bozukluğunu sürdürmektedir (108).

EŞler arasında çekiciliğin kalmaması: EŞler arasında ilişkinin rutinleŐmesi cinsel bıkkınlığa yol açmakta ve cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (108).

2.2.5. Meme Kanseri Olan Kadınlarda Cinsel Yaşamını Etkileyen Durumlar

2.2.5.1. Beden İmajının Değişmesi

Beden imajı; bireyin kendi bedenini algılaması ve zihninde canlandırdığı resim olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre beden imajı, kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların iŐlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir (111). Psikolojik açıdan beden imajı insanın kendi bedeninden ne ölçüde hoşnut ve memnun olduğunu ifade etmektedir. Fiziksel görünüm

değişimlerinden sonra vücut imajı değişiklikleri; bu fiziksel değişimlerin kişi için öznel nitelik ve anlamına, bu değişikliklerin kişi tarafından nasıl algılandığına, kişinin kişilik yapısı ve çevre etkileri gibi psikolojik, bilişsel ve sosyal faktörlere göre şekillenmektedir (10,111). Beden ya da beden parçasının önemi arttıkça, beden imajında hissedilen değişim de artmaktadır (111). Çeşitli nedenlerle vücudun herhangi bir bölümünün görünümü ya da fonksiyonu değiştiği zaman beden imajı da değişebilmekte ve birey kendini tamamen farklı görebilmektedir (112).

Meme kanserinde, kadının beden imajını zedeleyen faktörlerin başında, cerrahi operasyonlar gelmektedir. Cerrahi tedavi amacıyla uygulanan mastektomi hastalarda fiziksel değişikliklere neden olmaktadır. Çeşitli toplumlarda olduğu gibi ülkemizde de kadının memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmekte, beden bütünlüğünün algılanması ve kadınlık rolünün sürdürülmesinde önemli yer tutmaktadır (9,113). Bu nedenle mastektomi ile yaşanan meme kaybı, çoğu kadın tarafından kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imajı ve benlik saygısını da zedelenmektedir (1,9,113). Ayrıca meme kanserinde uygulanan diğer tedavilerin yan etkileri de, kadının beden imajını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Alopecia, bulantı kusma ve kilo değişiklikleri gibi yan etkiler, bireyin beden algısını değiştirerek düşük benlik saygısına neden olmaktadır (114).

Saçları dökülen, memesini kaybeden, tedavilere bağlı olarak kilo alan kadın, kendisini eksik, yetersiz, çirkin, sakat hissedebilmekte ve artık kadın olarak çekiciliğinin kalmadığını, karşı cins tarafından istenmeyeceğini düşünmektedir. Bu nedenle cinsel ilişkide çekinmekte ve cesaret edememektedir. Bunlar kadının kendisine saygı ve güvenini azaltmakta ve dolaylı olarak cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (115). Beden imajı ve cinsellik arasında sıkı bir bağ bulunmaktadır. Genel olarak meme kanserinde cerrahi/tıbbi tedavinin beden imajı değişiklikleri sonucunda ortaya çıkan cinsel sorunlar; arzu ve istek kaybı, orgazm olamamadır (116).

2.2.5.2. Kemoterapi ve Radyoterapi Tedavisi

Tedavi edilen kanserin tipi ne olursa olsun kullanılan kemoterapik ajanlar kadının cinsel fonksiyonlarında akut ve kronik değişikliklere neden olmaktadır. Kemoterapinin kadının cinsel yaşamı üzerindeki etkisi; ilacın tipine, ilacın dozuna, tedavi süresine, kadının yaşına ve tedaviden sonra geçen süreye göre değişmektedir

(114). Alkilleyici ajanlar içeren tedaviler fertil çağıdaki kadınları tedavi bitiminde menopoza sokarak infertilite gibi önemli sorunlara neden olmaktadır. Tedavi sonunda menopoza giren ve infertilite deneyimleyen bu kadınların cinsel yaşamlarında önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır (27,114). Genel olarak, kemoterapi sonrası ortaya çıkan cinsel sorunlar; cinsel ilgide ve vajinal kayganlıkta azalma, orgazm olamama, disparoni ve cinsel çekicilikte azalma şeklinde olmaktadır. Kemoterapiye bağlı prematür over yetmezliği ani östrojen yoksunluğuna neden olarak vajinal atrofiye, vulva dokusunda ve vajinada incelmeye, doku elastikiyetinin azalmasına, vajinal kayganlıkta azalmaya, sıcak basmalarına, duygu durumunda değişikliklere, yorgunluk ve irritabiliteye neden olabilmektedir (27).

Kemoterapiye benzer radyoterapi de cinsellik duygusunu azaltabilen yorgunluk, bulantı, kusma, diyare, ağrı ve başka semptomlara neden olabilmektedir. Radyoterapiye bağlı yorgunluk ve barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler kadınlarda libido kaybına ve cinsel aktivitenin azalmasına neden olabilmektedir (27,117).

2.2.5.3. Hormon Tedavisi

Meme kanserinde kullanılan hormon tedavisinin antiöstrojenik etkisine bağlı olarak kişide; sıcak basması, bulantı ve vaginal kuruluk görülebilmektedir (27,83). Bunlara bağlı olarak da hasta; cinsel ilgi, cinsel uyarılma, orgazm gibi cinsel alanlarında sorunlar yaşayabilmektedir (27).

Hormon tedavisinde kullanılan bazı ajanlar (özellikle megestrol acetate) kilo artışına neden olabilmektedir. Kilo artışı vücut imajının bozulmasına neden olarak hastaların cinsel yaşamını etkileyebilmektedir. Ayrıca gonadotropinreleasing hormon analogları kullanımı, kadınların erken menapoza girmesine neden olarak cinsel fonksiyonlarını sürdürmesini engellemektedir (27).

2.2.5.4. Kanserinin Neden Olabileceği Psikolojik Durum Değişiklikleri

Kanser hastaları tanı, tedavi ve palyatif dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar yaşamaktadırlar. Bu tepkilerin bir kısmı normal ve hatta uyuma dönük olabileceği gibi bozuk veya uyumsuz tepkiler de görülebilmektedir (9).

Kanser tanısı sonrası ortaya çıkan tepkiler kişiden kişiye farklılık göstermektedir. İlk aşamada en yaygın tepki, şok ve inanamamadır. Gerçeğin hemen

inkarı, çoğu kez katlanılması çok güç bazıları için imkansız olan gerçeğin yarattığı kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı geliştirilen bir savunmadır (1). Bir anlamda, gerçeği reddederek olmamış kabul ederek kişi, kendini baş edemediği bir kaygıdan korumaktadır. İkinci aşama tepki aşamasıdır. Kişi kabule yönelmiş ve ona duygusal tepki göstermektedir. Temel tepki biçimi kaygıdır. Üçüncü aşama, hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği uyum dönemi olarak görülmektedir (9).

Elisabeth Kübler Ross (9), kanserde psikolojik aşamaları hastanın kanser tanısını nasıl karşıladığından, izleyen tepkileri 5 aşamada tanımlamıştır. Bu aşamalar;

- İnkâr
- Öfke
- Pazarlık
- Depresyon
- Kabullenme'dir.

Tanıyla takiben şok hali, inanamama, inkar, kızgınlık, depresif duygu durum, uyku, iştah ve günlük faaliyetlerde bozulma gelişebilmektedir. Aslında benzer duygusal tepkiler, yaşamı tehdit eden tüm hastalıklarda görülebilmektedir. Burada sevilen bir kişinin, objenin kaybedilmesi ya da kaybedileceği endişesine benzer kaygı yaşanmaktadır (9).

Tanıyla takiben birçok ileri tetkikler ve çeşitli tedavi yöntemleri gündeme gelmektedir. Birçok hasta özellikle ilk tedaviye büyük umut beslemekte ve her türden rahatsızlık ve uğraşmayı göze almaktadır. Cerrahi girişimler hastalarda kaygı ve özürülük duygusu yaratmakta, ancak birçok hastada, hastalıklarının yaşamı tehdit edici boyutuna ilişkin endişeleri ön planda olduğu için, beden imajı ve görünümüne ilişkin endişeler ikincil planda kalmaktadır. Bu endişelerin çok öncelikli olduğu hastalar ise, cerrahi girişimi ertelemeye ve cerrahi dışı yöntemler aramaya yönelebilmektedir. Bu hastalarda cerrahi girişim uygulanınca, post-operatif depresyon gelişme riski yüksek olmaktadır. Bazen yas ve kayıp tepkileri gelişmektedir. Bu reaksiyonun şiddeti, hastanın beden bölgelerine ilişkin yaşadığı duygusal ve sembolik anlamlarla ilişkili olmaktadır. Radyoterapi uygulaması da yeni kaygı ve korkular yaratmaktadır (9).

Tedavi sonrası aşamada, nüks endişesi ve uyum güçlükleri ön planda olmaktadır. Yeni bir nüksün ortaya çıkması kanser tanısı aldığı dönemdeki, hatta daha şiddetli

tepkiler ve en sıklıkla uykusuzluk, anoreksi, yerinde duramama, kaygı, umutsuzluk ile belirgin depresyon görülebilmektedir (9).

Tanı, tedavi ve tedavi sonrası aşamalarda oluşan bu duygusal değişimlere bağlı olarak hastanın cinsel yaşamı etkilenebilmekte ve cinsel istekte azalma gibi cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir (118).

2.2.5.5. Eş İle İlişkilerdeki Değişim

Kanser tanı aşamasından terminal döneme dek, hastalar kadar aileleri için de ciddi stres yaratan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır (119). Ailede bir hastalık baş gösterdiğinde etkisini sadece hasta birey üzerinde değil tüm aile sistemleri üzerine yansıtmaktadır. Hasta dışında ailede en çok etkilenen kişi ise meme kanseri olan kadının eşi olmaktadır. Kanser hastasının eşi olmak kanser hastası olmak kadar güç olmaktadır (119).

Kanser tanısı konan hastaların eşleri, kanser tanı ve tedavi dönemlerinde, kanser tekrarlandığında kısacası hastalığın her döneminde artmış üzüntü ve gerginlik yaşamaktadırlar. Hastalığın getirdiği gereksinimler arttıkça eşin içine düştüğü sıkıntı da artmaktadır (120). Eşlerin hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınmaları, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmemeleri, birbirlerinden uzaklaşmalarına neden olabilmektedir. Eşler arasında etkili bir iletişimin olması çok önemlidir. İletişim yeteneği gelişmemiş ailelerde meme kanseri gibi bir travmanın aileyi son derece bunalttığı, çıkmaza soktuğu ve evlilik ilişkilerini de etkilediği ve çiftin evliliği üzerine olumsuz etki yaptığı görülmektedir (119).

Hem mastektomi hastalarının hem de eşlerinin mastektomiden duygusal olarak zarar gördüğü, her birinin diğerinin uyum durumu üzerinde etkili olduğu ve mastektomi sonrasında her iki grubun da üstesinden gelmesi gereken özel gerilim problemini yaşadığı ortaya konmaktadır. Bazı kadınlar için çıplak olarak aynaya bakabilmenin ya da eşinin yanında rahatça soyunabilmenin mümkün olmadığı bu dönemde, meme kanseri olan kadınların eşleri de bu durumdan doğal olarak etkilenmektedir. Eşin duygusal sorunları karşısında yetersizlik ve çaresizlik duyguları yaşayan meme kanseri olan kadının eşi, karısındaki olumsuz duygulanımları gidermek için ya ona gereğinden fazla ilgi göstermekte ya da onun dişilik özelliğini yitirdiği endişesiyle, cinsel yakınlaşmadan kaçmaktadır (120).

2.2.6. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirenin Rolü

Cinsel sağlık insan sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır (95). Ancak toplumumuzda cinsellik halen ayıp, günah, güçlülük göstergesi ve hatta sözel ve davranışsal saldırı aracı olarak görülebilmektedir. Cinselliği ilgilendiren sorunlar özellikle de kadınlar tarafından diğer bedensel sorunlar gibi doğal ifade edilmemekte ve dolayısıyla bu konuda yardım almaktan çekinmektedirler (121). Bütüncül bakım hizmeti veren hemşirelere, hastaların cinsellik gibi özel durumlarını ifade edebilecekleri en yakın sağlık profesyonellerinden olmaları nedeniyle önemli roller düşmektedir.

İnsan seksüalitesi sağlık bakımının bir parçası olarak kabul edildiğinden hemşirelerin kendi uygulamaları içinde cinsel sağlığı geliştirme, bireylerin cinsellikle ilgili güvenliğini sağlama ve cinsellikle ilgili olarak danışmanlık yapma sorumlulukları bulunmaktadır (122). Cinsellik holistik sağlık bakımı kavramının tamamlayıcı bir unsur olarak kabul edildiği halde, birçok yasal, etik, kişisel ve profesyonel ikilemlerin varlığı nedeniyle, sağlık profesyonelleri çözüme ulaşmada zorluk çekmektedirler (37). Hastalara seksüel sorunları ile ilgili konularda yardımcı olabilmek için hemşirelerin öncelikle insan seksüalitesine ilişkin doğru bilgilere sahip olması ve bu konuda rahat iletişim kurabilmesi gerekmektedir. Ne yazık ki, hemşirelerin çoğu seksüel sorunu olan hastaların gereksinimlerini karşılamada yeterli bilgi ve beceriye sahip değillerdir (122). Ayrıca çalışanların az zamanlarının olması, başka birilerinin işi olarak algılamaları, cinsellik hakkında kişisel inanç ve tutumları ve hastanın hazır olmaması gibi etkenler hemşirelerin hastalar ile bu konuyu konuşma ve çözüm üretmelerine engel olabilmektedir (6,37,123).

Cinsel yaşamı olumsuz etkileyen sağlık sorunlarından birisi de kanser ve tedavileridir. Kanser hastalarında genellikle sağlık profesyonelleri hastalığın bertaraf edilmesine odaklanmaktadır. Bu nedenle cinsel fonksiyonların sürdürülmesi ve olası bozukluklar göz ardı edilebilmektedir. Dolayısıyla fizyolojik bir gereksinim olan cinsel yaşamın sürdürülmesi çoğu zaman ikinci planda kalmaktadır (37). Yapılan bir çalışmada, meme kanseri tanı ve tedavisinin kadının psikoseksüel fonksiyonlarını ve yakın ilişkilerini olumsuz olarak etkilediği, ancak sağlık profesyonellerinin sağkalan meme kanserli kadınlarla beden imajı, cinsellik ve eş ile iletişim konularında nadiren konuştuğu bilinmektedir (124).

Cinsel konularla ilgili danışmanlıkta en çok tercih edilen cinsel danışmanlık modeli kolay uygulanabilmesi ve güncelliğini hala yitirmemiş olması nedeniyle PLISSIT modelidir. 1976 yılında bir davranışçı psikolog olan Jack Annon tarafından oluşturulan bu model, hastaların cinsellik ve cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirilmiştir. Bu model dört terapötik girişim aşamasından oluşmaktadır (125).

PLISSIT modelin aşamaları şunlardır;

İzin Verme Aşaması: Hastanın cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada ilk adım değerlendirme sürecini oluşturmaktadır. Bu aşamada hemşire, hastaların cinsellik ve cinsel sağlıkları ile ilgili sorunlarını ifade etmesine izin verip hastaların duygularını anlamaya çalışarak uygun tedavi ortamı yaratmaya çalışmaktadır (126). İzin verme, hastaya ne yapması gerektiğini anlatmak değil; onun duygu, düşünce ve davranış biçimlerini onaylamaktır (123). Hastanın duygularını değerli hale getirir, hastanın cinsel olarak hissettiklerinin belirlenmesini sağlar ve cinsel problemleriyle başa çıkabilmesine izin verir (127).

Sınırlı Bilgi Aşaması: Sınırlı bilgi aşamasında, bilgi kaynağı olarak hemşirelerin önemli rolü bulunmaktadır. Bu aşamada hemşireler yanlış bilgileri açığa çıkarma ve mitleri ortadan kaldırma konusunda bilgi kaynağı olmaktadır (126). Bu aşamada hastaya, doğrudan kendi sorunu ile ilgili özel bilgi sağlanmaktadır (127). Bu bilgi hastada özellikle cinsellikle ilgili potansiyel negatif davranış ve düşüncelerde değişiklik yapmasına yardımcı olabilmektedir. Sınırlı bilgi sağlama izin verme aşamasına göre daha çok bilgi içermektedir.

Spesifik Öneri Aşaması: Hasta ve eşinin değer ve tutumları göz önüne alınarak seksüel ifadeleri geliştirmek için stratejileri içermektedir. Bu aşamada hastanın sorununa özel çözücü yaklaşım gösterilmelidir (127). Bu aşama, problem çözme planları ya da özel medikal müdahale gerektirmektedir. Öneriler hastanın endişelerinin azalmasına ve problemlerini yeniden düşünmesine yardım etmektedir.

Yoğun Tedavi Aşaması: Bu aşama modelin en son aşamasını oluşturmak ve ilk üç girişim seviyelerinde cevap vermeyen, yoğun bireysel ya da çift tedavisine

gereksinim duyan hastalar için kullanılmaktadır. Bu aşamada primer hemşirenin hastaya yoğun tedavi verebilmesi ve gerektiğinde hastayı uygun birime sevk edebilmesi için uzman olması gerekmektedir (122,123,125,126).

Sağlık ekibinin vazgeçilmez üyelerinden biri olan hemşirelerin, holistik yaklaşım çerçevesinde, insanların önemli, fakat göz ardı edilen gereksinimlerinden olan cinselliğe yönelik kapsamlı bakım verme sorumlulukları vardır. Bu bağlamda hemşireler hastayı bilgilendirmek ve sorunu çözebilmek için eğitimlik ve danışmanlık rollerini yerine getirmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma hasta ve kontrol grupları karşılaştırılarak yapılmış analitik bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Onkoloji Polikliniğinde yapılmıştır. Polikliniğe günde ortalama 50 hasta başvurmakta ve bu hastalardan ortalama 8-10'u meme kanseri tanısı nedeniyle muayene olmaktadır. Bu birimde bir adet muayene odası ve oda içerisinde iki adet koltuk, bir adet muayene yatağı bulunmaktadır. Onkoloji polikliniğinde bir asistan doktor görev yapmaktadır.

Onkoloji polikliniğinin yan tarafındaki odalarda ayaktan hastalara kemoterapi uygulaması verilmektedir. Ayaktan kemoterapi ünitesine günlük 20-25 hasta kabul edilmekte ve bu hastalardan ortalama 5-8'i meme kanseri nedeniyle tedavi almaktadır. Hastaların tedavilerini aldıkları alan içerisinde hastaların oturabilecekleri on tane tedavi koltuğu, bir adet kanep, beş adet sandalye ve bir adet televizyon bulunmaktadır. Bu birimde ise üç hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler on beş günde bir, ilk kez kemoterapi alacak hasta ve yakınlarına, ilaç tedavilerinin nasıl ve kimler tarafından yapıldığı, ilaç tedavisi alırken görülebilecek yan etkiler, tedavi alırken yaşadıkları sorunlarda kime ve nasıl başvuracakları konularında eğitimler düzenlemektedirler. Ancak eğitimin içeriğinde hastalara uygulanan ilaç tedavilerinin cinsel yaşantılarındaki olası etkilerine değinilmemektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmada, hasta grubunun evrenini, 1 Eylül 2007- 28 Şubat 2008 tarihleri arasında Mersin ili sınırları içinde yer alan Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, onkoloji polikliniğine başvuran evli, cinsel yönden aktif, en az altı ay önce meme kanseri tanısı konmuş ve meme operasyonu geçirmiş kadın hastalar

oluşturmuştur. Altı aylık bir süreç içerisinde kadınların meme kanseri tanısını kabullenmede ve oluşabilecek uyum sorunlarıyla başedemediği mesefe katetmiş olabilecekleri düşünülmüştür.

Kontrol grubunun evrenini, 1 Eylül 2007- 28 Şubat 2008 tarihleri arasında Mersin il sınırları içinde yaşayan, evli ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan sağlıklı 30-60 yaş aralığında olan kadınlar oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme, hasta ve kontrol gruplarından oluşmaktadır. Hasta grubunu, söz konusu hastanede bulunan onkoloji polikliniğine meme kanseri tanısı ile başvuran, evli, cinsel yönden aktif, en az altı ay önce meme kanseri tanısı konmuş ve meme operasyonu geçirmiş 115 kadın hasta, kontrol grubunu ise toplumdan rasgele seçilmiş, evli ve kronik hastalığı olmayan 30-60 yaş aralığında olan 115 sağlıklı kadın oluşturmuştur. Hasta grubundan 15 kişi çalışmaya katılmak istemedikleri, 5 kişi antidepresan ilaç kullandıkları, 10 kişinin de anket uygulaması yarıda kaldığı, kontrol grubundan ise 10 kişi çalışmaya katılmak istemedikleri için çalışma dışı bırakılmışlardır. Çalışma, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanan formları cevaplamaya uygun, araştırmaya katılmaya gönüllü ve iletişim sorunu olmayan kadınlar ile yapılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, meme kanseri olan ve olmayan kadınları tanıtıcı bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve son dört haftadaki cinsel fonksiyonları değerlendirmek amacı ile uygulanan “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, meme kanseri olan kadınlar ile sağlıklı kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyebileceği düşünülen kişisel, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek amacı ile konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur.

Bu formda “Sosyo–Demografik Özellikler”e ilişkin 17, “Hastalık ve Tedavi ile İlgili Özellikler”e ilişkin 11 soru bulunmaktadır. Hasta grubuna “Kişisel Bilgi Formu”nun tamamı uygulanmış, kontrol grubuna ise sadece “Sosyo–Demografik Özellikler”e ilişkin bölüm uygulanmıştır.

3.6.1.1. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ)

Meme kanseri olan kadınlar ile sağlıklı kadınların son dört haftada süregelen cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacı ile “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” kullanılmıştır. 2000 yılında ABD’de Rosen ve ark. (128) tarafından geliştirilen ölçek altı alt bölümden ve 19 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, lubrikasyon (kayganlaşma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Her bir madde sıfırdan 5’e kadar puanlanmaktadır. Cinsel istek ve ilgi sıklığı ve seviyesi 1-2. sorularda (puan aralığı, 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı, 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı, 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı, 0-5) sorgulanmaktadır (128).

Buna göre; ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95, en düşük ham puan ise 4’tür. Basit matematiksel algoritm hesaplaması alt boyutların ve bileşik tüm ölçeğin puanlamasını belirlemek için faktör yükleri; istek için 0,6; uyarılma ve lubrikasyon için 0,3; orgazm, doyum ve ağrı için 0,4’tür. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan ise 2’dir (19,128-130). Rapor edilen ölçek kesme puanına göre, KCiÖ’i toplam puanı 26,55’den düşük olan kadınların cinsel disfonksiyonu (CD) olduğu belirtilmektedir (1). Bizim çalışmamızda da cinsel disfonksiyon için ölçek kesme puanı 26,55 olarak kabul edilmiştir.

Rosen çalışmasında ölçeğin güvenilirliğinde Cronbach Alfa katsayılarını 6 alt boyut için ayrı ayrı değerlendirmiş, sonuçları 0,89 ile 0,97 arasında bulmuştur (4). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlaması Aygin ve Eti Aslan tarafından

yapılmış olup, test re-test korelasyon katsayısı 0,75, iç tutarlılık analizinde alt boyutlar için Cronbach Alfa katsayısı 0,89 ile 0,98 arasında değişmiştir ve ölçeğin Türk kadını için güvenle kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır (130). Bizim çalışmamızdaki alt boyutlar için Cronbach Alfa değeri ise 0,84 ile 0,98 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Ölçek kadın cinsel fonksiyonlarının 6 alt boyutunu değerlendirme olanağı sağlaması ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış olması nedeniyle tercih edilmiştir (130).

3.6.2. Ön Uygulama

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Onkoloji Polikliniğine meme kanseri nedeniyle başvuran, evli, en az altı ay önce tanısı konmuş ve meme operasyonu geçirmiş 10 kadın hastaya ve toplumdan rasgele seçilmiş evli, kronik hastalığı olmayan, 10 sağlıklı kadına 1 Ağustos– 30 Eylül 2007 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılmış, kadınların çoğu tarafından mahrem kabul edilen bir konu olması ve okur-yazarlık oranının düşük olması gibi nedenlerle de çalışmada kullanılan formların uygun bir odada birebir araştırmacı tarafından uygulanmasına karar verilmiştir.

3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmada kullanılacak veri toplama formlarının uygulanması amacı ile Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği, Onkoloji Anabilim Dalı Başkanlığından ve Etik Kurul Başkanlığından resmi izin alınmıştır.

Araştırmanın uygulaması 1 Eylül 2007- 28 Şubat 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Meme kanseri ve sağlıklı kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda sözel onamları alınmıştır. Kadınların daha rahat yanıt verebilmeleri amacıyla formlar uygun bir odada (hemşire odası) araştırmacı tarafından görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Kadınların formları yanıtlama süreleri Kişisel Bilgi Formu'nda 10–15 dakika, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nde 15–20 dakika arasında değişmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri kodlama ve değerlendirme işlemleri bilgisayar aracılığı ile Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5 programında yapılmıştır (131). Araştırmada kullanılacak istatistiksel test seçimini belirlemek için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği alt boyut puanlarının faktör yükleriyle çarpımından elde edilen puan dağılımları incelenmiştir. Bunun için Kolmogorov–Smirnov normallik testi kullanılmıştır. Değerlendirme sonucunda Kadın Cinsel İşlev Ölçeği alt boyut puanlarının faktör yükleriyle çarpımından elde edilen puanların normal dağılım göstermediği saptanmış ve belirlenen değişkenlerle yapılan istatistiksel analizde nonparametrik testler kullanılmıştır.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği alt boyut puanlarının faktör yükleriyle çarpımından elde edilen puanların istatistiksel değerlendirmesinde iki kategorili gruplar için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorisi olan gruplar için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Grupların çoklu karşılaştırılmasında Dunn testi yapılmıştır. Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin toplam puanlarının ortanca değeri ve çeyreklikleri hesaplanmıştır. Hasta ve kontrol grubunu oluşturan kadınların kontrol değişkenlerini ve cinsel fonksiyon bozukluğu durumlarına göre karşılaştırmak amacıyla ki kare kullanılmıştır. Araştırmada incelenen tüm değişkenler için yüzde hesaplamaları yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Anket uygulaması sırasında bazı kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorulara cevap vermek istememeleri ve yine meme kanseri olan kadınların bir kısmına poliklinikte anket uygularken muayane sıralarının gelmesi nedeniyle görüşmenin yarım kalması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri ve sağlıklı olan kadınların bazı kontrol değişkenlerine göre dağılımı Çizelge 6’da yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubundaki kadın hastaların bazı kontrol değişkenlerinden; yaş ortalamaları, eğitim ve meslek durumları, sosyal güvenceleri, ailelerin ortalama aylık gelirleri, eşlerinin yaşı, adet görme durumları ve adet görmeme süreleri gibi özelliklerinin hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 6. Hasta ve kontrol grubu kadınların kontrol değişkenleri

KONTROL DEĞİŞKENLERİ	HASTA		KONTROL		p
Yaş Ortalamaları	Ort±SD		Ort±SD		p= 1,00
	47,38±7,59		47,26±7,61		
	n	%	n	%	
Eğitim Durumu					p=0,19
Okur-yazar değil	13	11,3	16	13,9	
İlköğretim	58	50,4	54	47,0	
Lise	24	20,9	25	21,7	
Üniversite	20	17,4	20	17,4	
Meslek					p=0,72
Ev hanımı	92	80,0	89	77,4	
Emekli	11	9,6	5	4,3	
Memur	9	7,8	16	13,9	
İşçi	3	2,6	5	4,3	
Sosyal Güvence					p= 0,66
Bağkur	12	10,4	12	10,4	
Emekli sandığı	42	36,5	40	34,8	
Ssk	51	44,3	60	52,2	
Yeşilkart	10	8,7	3	2,6	
Ailenin Ortalama Gelir Durumu					p=0,54
400 YTL den az	15	13,0	7	6,1	
400-600 YTL	30	26,1	27	23,5	
600-1000 YTL	32	27,8	42	36,5	
1000 YTL den fazla	38	33	39	33,9	

Çizelge 6 (Devamı). Hasta ve kontrol grubu kadınların kontrol değişkenleri

KONTROL DEĞİŞKENLERİ	HASTA		KONTROL		p
	n	%	n	%	
Eşin Yaşı	12	10,4	10	8,7	p=0,76
30-40	51	44,3	48	41,7	
41-50	42	36,5	44	38,3	
51-60	10	8,7	13	11,3	
61-70					
Düzenli Adet Görme Durumu					p= 0,45
Menopoz	47	40,9	45	39,1	
Düzenli	7	6,1	55	47,8	
Düzensiz	61	53,0	15	13,0	
Adet Görmeme Süresi					p=0,93
1-5 yıl	22	47,8	24	53,3	
6 yıl ve üzeri	24	52,2	21	46,7	

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan ve sağlıklı kadınların, kadın cinsel işlev ölçeğine ait; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı gibi alt grupların ve kadın cinsel işlev ölçeği (KCiÖ) toplam puanları ile istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 7’de yer almaktadır.

Araştırma kapsamındaki hasta grubun kadın cinsel işlev ölçeği toplam puanı 14,8, kontrol grubunun toplam puanı 23,1 olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hasta ile kontrol grubunun KCiÖ toplam puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ölçeğin alt grupları değerlendirildiğinde, hasta grubundakilerin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı gibi tüm alt gruplara ait puanların kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki meme kanseri olan kadın hastalar ile sağlıklı kadınların ölçeğin alt puanları açısından aralarındaki istatistiksel değerlendirilmesi yapıldığında aralarındaki farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Çizelge 7. Hasta ve kontrol grubu kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

		Kadın Cinsel İşlev Ölçeği						
Gruplar	n	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Tatmin	Ağrı	KCIÖ
		Median [%25- %75]	Median [%25- %75]	Median [%25- %75]	Median [%25- %75]	Median [%25- %75]	Median [%25- %75]	Median [%25- %75]
Hasta	115	1,80 [1,20-3,00]	1,80 [0,001-3,60]	3,00 [0,001-4,50]	2,00 [0,001-3,60]	2,80 [0,001-4,00]	3,20 [0,001-5,20]	14,80 [1,20-24,00]
Kontrol	115	3,00 [2,40-3,60]	3,30 [2,10-4,50]	4,50 [2,70-5,40]	3,60 [2,00-4,40]	4,00 [2,80-4,80]	4,80 [3,60-5,80]	23,10 [16,60-28,20]
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,01	p<0,001

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri ve sağlıklı olan kadınların cinsel fonksiyon bozukluğu durumları ve gruplar arasındaki istatistiksel değerlendirmeler Çizelge 8’de yer almaktadır.

Araştırmada cinsel fonksiyon bozukluğu için kabul edilen ölçek kesme puanına (26,55) göre yapılan değerlendirmede, hasta grubundaki meme kanseri olan kadınların %86,1’inin ve kontrol grubundaki sağlıklı kadınların %66,1’inin CD olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar aralarındaki farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001).

Çizelge 8. Hasta ve kontrol grubu kadınların cinsel fonksiyon bozukluğu durumları

Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Durumu	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		p
	n	%	n	%	
Var	99	86,1	76	66,1	p<0,001
Yok	16	13,9	39	33,9	

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri ve sağlıklı olan kadınların, yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, en uzun süre ve şuan yaşadıkları yer, ailenin ortalama gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerinin kadın cinsel işlev ölçeği toplam puanları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 9’da yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların yaşlarına göre yapılan değerlendirmede, hastaların %20,9’u 30-40 yaş arasında, %47’si 41-50 yaş arasında, %32,2’si 51-60 yaş arasındadır. Sağlıklı kadınların ise %20,9’u 30-40 yaş arasında, %47,8’i 41-50 yaş arasında ve %31,8’i 51-60 yaş arasındadır. Araştırmada meme kanseri ve sağlıklı olan kadınların 30–40 yaş grubunu oluşturanların KCIÖ toplam puanları 41-50 ve 51-60 yaş grubunda olanlara göre daha yüksektir. Hasta ve kontrol gruplarındaki kadınların yaşlar ile KCIÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farklılığın anlamlı olduğu ($p<0,001$, $p<0,001$) ve her iki grupta da yaş arttıkça KCIÖ toplam puanlarının azaldığı saptanmıştır. Meme kanseri olan kadınların ölçeğin toplam puanının sağlıklı kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde; hasta gruptaki KCIÖ toplam puanlarına göre bütün yaş gruplarının kendi aralarında farklılıklarının anlamlı olduğu ($p<0,001$), kontrol grubundakilerin ise yaşı 30-40 olanlar ile 51-60 yaş arası olanlar arasında ve 41-50 yaş ile 51-60 yaş arası olanların arasındaki farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadın hastaların %11,3’ü okur-yazar değil, %50,4’ü ilköğretim mezunu, %20,9’u lise ve %17,4’ü üniversite mezunudur. Sağlıklı kadınların %13,9’u okur-yazar değil, %47’si ilköğretim mezunu, %21,7’si lise ve %17,4’ü üniversite mezunudur. Meme kanseri olan kadınlarda lise mezunu olanların KCIÖ toplam puanlarının diğerlerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak eğitim düzeyi ile KCIÖ toplam puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aralarında anlamlılık saptanmamıştır ($p=0,70$). Meme kanseri olan kadınlar ile sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında, eğitim düzeyleri açısından meme kanseri olan hastaların KCIÖ toplam puanlarının sağlıklı olanlara göre düşük olduğu görülmüştür. Sağlıklı kadınlarda ise lise mezunu olanların KCIÖ toplam puanlarının diğerlerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlıklı kadınların eğitim düzeyi ile KCIÖ toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında

anlamli bir fark saptanmifstir ($p<0,001$). Sağlıklı kadınların eğitim durumları arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde, okur-yazar olmayanlar ile ilköğretim, lise ve niversite mezunu olanlar arasında ($p<0,001$), ilköğretim mezunu olanlar ile lise mezunu olanlar arasında farklılığın anlamli olduğu saptanmifstir ($p<0,001$).

Çalışma kapsamına alınan kadın hastaların %80'ini ev hanımı, %9,6'sını emekli, %7,8'ini memur, %2,6'sını işçi kadınlar oluştururken, sağlıklı kadınların %77,4'ünü ev hanımı, %4,3'ünü emekli, %13,9'unu memur, %4,3'ünü işçi kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaların meslek durumlarına göre KCI toplam puanlarının işçi olarak çalışan kadın hastalarda yüksek olduğu saptanmifstir. Sağlıklı kadınların da meslek durumlarına göre KCI toplam puanlarının memur olarak çalışanlarda diğerlerine göre yüksek olduğu belirlenmifstir. Ancak hasta ve kontrol grubundaki kadınların meslek durumları ile KCI toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamli olmadığı saptanmifstir ($p=0,14$, $p=0,24$).

Araştırmada grupların çalışma durumları açısından bakıldığında, meme kanseri olan kadınların %10,4'ünün çalıştığı, %89,6'sının çalışmadığı, sağlıklı kadınların ise %18,3'ünün çalıştığı, %81,7'sinin çalışmadığı belirlenmifstir. Hasta ve kontrol grubundaki çalışan kadınların KCI toplam puanlarının, çalışmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmifstir. Çalışma durumlarının KCI toplam puanları ile istatistiksel değerlendirilmesi yapıldığında aralarındaki farklılığın kontrol grubundaki kadınlarda anlamli olduğu ($p<0,001$) ancak hasta grubundaki kadınlarda anlamli olmadığı saptanmifstir ($p=0,14$).

Çalışma kapsamına alınan meme kanseri olan kadın hastaların, %13' 400YTL den az, %26,1'i 400-600 YTL arası, %27,8'i 600-1000 YTL arasında, %33' 1000 YTL den fazla olan bir ortalama gelir durumuna, sağlıklı kadınların %6,1'i 400YTL den az, %23,5'i 400-600 YTL arası, %36,5'i 600-1000 YTL arasında, %33,9'u 1000 YTL den fazla olan bir ortalama gelir durumuna sahip oldukları belirlenmifstir. Çalışmada hasta grubunda gelir durumunun düşmesi ile birlikte KCI toplam puanlarının düştüğü belirlenmifstir. Sağlıklı kadınlardan 1000 YTL den fazla ortalama gelir durumu olanların KCI toplam puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak hasta ve kontrol

grubundaki kadınların gelir durumlarına göre KCIÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,15$, $p=0,19$).

Araştırma kapsamına alınanların sosyal güvence durumları incelendiğinde, kadın hastaların %10,4'ünün bağkur, %36,5'inin emekli sandığı, %44,3'ünün sosyal sigortalar, %8,7'sinin yeşil kartlı olduğu, sağlıklı kadınların ise %10,4'ünün bağkur, %34,8'inin emekli sandığı, %52,2'sinin sosyal sigortalar, %2,6'sının yeşil kartlı olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hastalardan sosyal güvencesi emekli sandığı olanların KCIÖ toplam puanlarının diğer sosyal güvencesi olanlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların sosyal güvence durumları ile KCIÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0,86$). Sağlıklı kadınlardan yeşil kartlı olanların KCIÖ toplam puanlarının diğer sosyal güvencesi olanlara göre yüksek olduğu ve sosyal güvence durumları ile KCIÖ toplam puanları arasındaki istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,23$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları yerleşim yerleri incelendiğinde, meme kanseri olan kadınların %6,1'inin köyde, %22,6'sının ilçede, %71,3'ünün ilde, sağlıklı kadınların %5,2'sinin köyde, %26,1'inin ilçede, %68,7'sinin ilde ikamet ettikleri belirlenmiştir. Çalışmadaki hastaların KCIÖ toplam puanlarındaki artışın ilden köy ortamına doğru olduğu ve köyde yaşayanlarda yüksek olduğu görülmektedir. Ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,67$). Sağlıklı kadınlarda ise ilde yaşayanların diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ayrıca kontrol grubundakilerin yaşadıkları yerlerin aralarındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde ise; ilçe ile ilde yaşayanlar arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır ($p=0,01$).

Çizelge 9. Hasta ve kontrol grubu kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	HASTA GRUP				KONTROL GRUP			
	n	%	Median [%25-%75]	P	n	%	Median [%25-%75]	P
Yaş								
30-40	24	20,9	24,40 [2,70-28,35]	p<0,001	24	20,9	28,60 [25,80-13,75]	p<0,001
41-50	54	47,0	19,65 [1,80-24,00]		55	47,8	25,50 [21,75-28,80]	
51-60	37	32,2	1,80 [1,20-14,30]		36	31,3	13,30 [1,50-17,55]	
Eğitim Düzeyi								
Okur-yazar değil	13	11,3	1,80 [1,20-11,90]	p= 0,70	16	13,9	15,60 [2,40-21,35]	p<0,001
İlköğretim	58	50,4	16,25 [1,20-23,50]		54	47,0	22,10 [17,30-26,60]	
Lise	24	20,9	21,75 [1,80-26,90]		25	21,7	29,00 [25,30-30,80]	
Üniversite	20	17,4	7,45 [1,20-25,55]		20	17,4	24,70 [21,65-28,60]	
Meslek								
Ev hanımı	92	80,0	15,20 [1,20-23,75]	p= 0,14	89	77,4	22,10 [15,60-27,90]	p= 0,24
Emekli	11	9,6	2,40 [1,20-19,00]		5	4,3	15,60 [2,40-21,70]	
Memur	9	7,8	2,40 [1,80-26,60]		16	13,9	26,50 [23,75-29,80]	
İşçi	3	2,6	25,50 [23,85-27,35]		5	4,3	26,20 [25,90-28,90]	
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	12	10,4	23,10 [1,80-27,65]	p= 0,14	21	18,3	27,80 [25,30-30,80]	p<0,001
Çalışmıyor	103	89,6	14,70 [1,20-23,35]		94	81,7	21,65 [15,00-27,70]	
Ailenin Ortalama Gelir Durumu								
400 YTL den az	15	13,0	11,90 [1,80-19,90]	p= 0,15	7	6,1	24,20 [21,60-25,05]	p= 0,19
400-600 YTL	30	26,1	13,10 [1,20-21,80]		27	23,5	22,10 [16,60-27,55]	
600-1000 YTL	32	27,8	13,95 [1,20-23,35]		42	36,5	21,15 [11,30-27,90]	
1000 YTL den	38	33	21,50 [1,80-26,60]		39	33,9	25,50 [21,65-30,05]	
Sosyal Güvence								
Bağkur	12	10,4	16,55 [1,20-24,90]	p= 0,86	12	10,4	22,25 [13,30-24,15]	p= 0,23
Emekli sandığı	42	36,5	19,00 [1,20-25,60]		40	34,8	25,45 [19,25-29,70]	
Ssk	51	44,3	13,20 [1,20-22,85]		60	52,2	22,00 [16,00-27,80]	
Yeşilkart	10	8,7	14,85 [1,80-20,80]		3	2,6	25,80 [23,70-26,55]	
Yaşadığı Yer								
Köy	7	6,1	21,60 [10,60-23,20]	p= 0,67	6	5,2	21,50 [17,80-21,60]	p<0,001
İlçe	26	22,6	16,25 [1,80-24,00]		30	26,1	19,05 [13,30-24,30]	
İl	82	71,3	12,85 [1,20-24,00]		79	68,7	25,40 [19,70-29,25]	

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri ve sağlıklı olan kadınların çocuk sayısı, adet düzeni, adet görmeme süresi, kadın hastalıklarından operasyon geçirme, kronik hastalık ve ilaç/ilaçlar kullanma durumlarının KCIÖ toplam puanları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 10'da yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan hastaların, %63,5'inin 0-3 arasında, %36,5'inin 3 ve üstünde çocuk sahibi, sağlıklı kadınların %5,9'unun 0-3 arasında, %46,1'inin 3 ve üstünde çocuk sahibi oldukları belirlenmiştir. Hastaların çocuk sahibi olma durumları değerlendirildiğinde, 0-3 arasında çocuk sahibi olanların puan ortalamalarının 3 ve üstü çocuk sahibi olanlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların çocuk sahibi olması ile KCIÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,01$). Ayrıca hasta grubunda çocuk sahibi olma durumlarına ilişkin KCIÖ toplam puanlarının kontrol grubuna göre düşük olduğu bulunmuştur. Sağlıklı kadınlardan 0-3 arasına çocuk sahibi olanların KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınlar adet düzenleri açısından değerlendirildiğinde, hastaların %40,9'unun menopozda olduğu, %6,1'inin düzenli adet gördüğü, %53'ünün düzensiz adet gördüğü, sağlıklıların %39,1'inin menopozda olduğu, %47,8'inin düzenli adet gördüğü, %13'ünün düzensiz adet gördüğü belirlenmiştir. Her iki grupta düzenli adet görenlerin, KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu ve adet düzeninin bozulmasının ya da tamamen kesilmesinin puan ortalamalarını azalttığı bulunmuştur. İstatistiksel incelemede, araştırma kapsamındaki hasta ve sağlıklı kadınların adet düzenine göre KCIÖ toplam puanlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,001$). Bu anlamlılığın; düzenli adet görenler ile düzensiz adet görenler ve menopozda olanlar ile düzenli adet görenler arasından ($p<0,001$), sağlıklı kadınlarda ise menopozda olanlar ile düzenli adet görenler ve düzensiz adet görenler arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Meme kanseri olan kadınların %47,8'inin ve sağlıklı kadınların %53,3'ünün 1-5 yıldır, meme kanseri olan kadınların %52,2'sinin ve sağlıklı kadınların %46,7'sinin 6 yıldan fazla bir süredir adet görmedikleri belirlenmiştir. Adet görmeme süresi açısından meme kanseri olan kadınların sağlıklı kadınlara göre ölçek toplam puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Hasta ve kontrol grubunu oluşturan kadınlardan 1-5 yıl arası adet

görmeyenlerin KCIÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu ve adet görmeme süresi ile KCIÖ toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p=0,02$, $p<0,001$).

Araştırmada kadın hastalıklarına ilişkin operasyon geçirme durumları değerlendirildiğinde, meme kanseri olan kadınların %4,3'ünün operasyon geçirdiği, %95,7'sinin operasyon geçirmediği, sağlıklı kadınların ise %3,5'inin operasyon geçirdiği, %96,5'inin operasyon geçirmediği belirlenmiştir. Meme kanseri olan kadınların operasyon geçirmeyenlerin, sağlıklı kadınlarda ise operasyon geçirenlerin KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan değerlendirmede de hasta ve kontrol grubundakilerin kadın hastalıklarından operasyon geçirme durumlarına göre KCIÖ toplam puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p=0,81$, $p=0,55$).

Çalışma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların %14,8'inde kronik hastalık olduğu, %85,2'sinde olmadığı, sağlıklı grubun ise %17,4'ünde kronik hastalık olduğu ve %82,6'sında olmadığı bulunmuştur. Çalışmada hasta ve sağlıklı kadınların oluşturduğu grupta kronik sağlık sorunu olmayanların olanlara göre KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak değerlendirildiğinde aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,04$, $p<0,001$).

Araştırmada meme kanseri olan kadınların %19,1'inin sürekli kullandığı ilaç/ilaçları olduğu, %80,9'unun ise olmadığı, sağlıklı kadınların %17,4'ünün sürekli ilaç/ilaçları olduğu, %82,6'sının ise olmadığı belirlenmiştir. Sürekli ilaç/ilaçlar kullanmayan hasta ve kontrol grubundaki kadınların kullananlara göre KCIÖ toplam puanları yüksek ve hasta grubunu oluşturan kadınların puanlarının kontrol grubundakilere göre düşük olduğu belirlenmiştir. Hasta ve sağlıklı grubun ilaç kullanma durumları ile KCIÖ toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,03$, $p<0,001$).

Çizelge 10. Hasta ve kontrol grubu kadınların çocuk sayısı, menstrual durum, operasyon geçirme, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarına göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

DEĞİŞKENLER	HASTA GRUP				KONTROL GRUP			
	n	%	Median [% 25- %75]	p	n	%	Median [% 25- %75]	p
Çocuk Sahibi Olma Durumu								
0-3 arası	73	63,5	18,90 [1,80-25,60]	p=0,01	62	53,9	26,45 [21,60-30,10]	p<0,001
3 ve üstü	42	36,5	2,40 [1,20-20,80]		53	46,1	20,20 [13,30-24,00]	
Adet Düzeni								
Menopozda	47	40,9	2,40 [1,20-19,95]	p<0,001	45	39,1	15,60 [1,80-21,20]	p<0,001
Düzenli adet gören	7	6,1	29,70 [27,10-30,50]		55	47,8	27,70 [24,10-30,35]	
Düzensiz adet gören	61	53,0	19,30 [1,80-24,90]		15	13,0	24,30 [21,75-28,85]	
Adet Görmeme Süresi								
1-5 yıl	22	47,8	15,60 [1,20-23,30]	p=0,02	24	53,3	17,55 [14,45-21,80]	p<0,001
6 yıl üzeri	24	52,2	1,50 [1,20-13,65]		21	46,7	2,40 [1,20-16,80]	
Kadın Hastalıklarına İlişkin Operasyon Geçirme Durumu								
Geçirdi	5	4,3	12,50 [1,80-24,00]	p=0,81	4	3,5	25,45 [19,40-29,35]	p=0,55
Geçirmedi	110	95,7	15,20 [1,20-24,00]		111	96,5	23,00 [16,60-28,20]	
Kronik Sağlık Sorununun Olması Durumu								
Var	17	14,8	2,40 [1,20-14,30]	p=0,04	20	17,4	13,30 [1,80-21,30]	p<0,001
Yok	98	85,2	18,85 [1,20-25,00]		95	82,6	25,20 [19,70-29,10]	
Sürekli İlaç / İlaçlar Kullanma Durumu								
Kullanıyor	22	19,1	7,25 [1,20-16,90]	p=0,03	20	17,4	13,30 [1,80-19,75]	p<0,001
Kullanmıyor	93	80,9	18,90 [1,20-25,30]		95	82,6	24,75 [19,70-29,10]	

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri ve sağlıklı olan kadınların, eş ile evlenme şekli, eşin; yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve mesleği gibi kadınların eşlerine ilişkin sosyo-demografik özellikleri ve bu özelliklerin KCIÖ toplam puanları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 11’de yer almaktadır.

Örnekleme kapsamına alınan kadın hastaların, %51,3’ünün görücü usulü ile %48,7’si severek, sağlıklı kadınların ise %53’ünün görücü usulü ile %47’sinin ise severek eşleriyle evlendikleri belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki meme kanseri ve sağlıklı kadınlardan severek evlenenlerin, görücü usulü ile evlenenlere göre KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca sağlıklı kadınların ölçek toplam puanları hasta kadınlara göre yüksektir. Ancak yapılan istatistiksel analizde her iki grubu oluşturan kadınların eşleri ile evlenme şekillerinin KCIÖ toplam puanları ile karşılaştırıldığında anlamlılık saptanmamıştır ($p=0,28$, $p=0,10$).

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların eşlerinin, %10,4’u 30-40 yaş arasında, %44,3’ü 41-50 yaş arasında, %36,5’i 51-60 yaş arasında, %8,7’si 61-70 yaş arasındadır. Sağlıklı kadınların eşlerinin %8,7’si 30-40 yaş arasında, %41,7’si 41-50 yaş arasında, %38,3’ü 51-60 yaş arasında, %11,3’ü 61-70 yaş arasındadır. Hasta ve sağlıklı kadınların eşlerinin yaşı arttıkça KCIÖ toplam puanlarının azaldığı ve eşleri 30-40 yaş arasında olanların en yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Hasta ve kontrol grubunu oluşturan kadınların eşlerinin yaşları ile KCIÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$). Gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde KCIÖ toplam puanlarına göre kadın hastaların eşlerinin yaşı 30-40 arası olan grup ile 61-70 arasında ve 41-50 arası olan grup ile 61-70 yaş grubu arasında farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,01$, $p=0,02$). Sağlıklı kadınlarda ise eşlerinin yaşı 30-40 arası olan grup ile 51-60 ve 61-70 yaş arasında ($p=0,01$, $p<0,001$), 41-50 arası olan grup ile 51-60 ve 61-70 yaş arasında ($p<0,001$, $p<0,001$) ve 51-60 yaş arası olanlarla 61-70 yaş arasında ($p=0,02$) anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadın hastaların eşlerinin, %3,5’i okur-yazar değil, %48,7’si ilköğretim mezunu, %22,6’sı lise mezunu, %25,2’si üniversite mezunudur. Sağlıklı kadınların %4,3’ü okur-yazar değil, %50,4’ü ilköğretim mezunu, %24,3’ü lise mezunu ve %20,9’u üniversite mezunudur. Eşi lise mezunu olan hasta ve sağlıklı kadınların KCIÖ toplam puanlarının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların

eşlerinin eğitim durumları ile KCIÖ toplam puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p= 0,02$), hasta grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p=0,22$) saptanmıştır. Çoklu değişkenler için yapılan önemlilik kontrollerinde kontrol grubundaki kadınların eşlerinin okur-yazar olmayanlar ile üniversite mezunu olanlar arasında, ilköğretim olanlar ile üniversite mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,01$, $p=0,02$).

Araştırma kapsamındaki meme kanseri olan kadınların eşlerinin mesleği değerlendirildiğinde, hastaların eşlerinin %39,1'inin emekli, %22,6'sının serbest meslek, %14,8'inin işçi ve %23,5'inin memur oldukları sağlıklı kadınların eşlerinin %37,4'ünün emekli, %17,4'ünün serbest meslek, %21,7'sinin işçi ve %23,5'inin memur olduğu görülmüştür. Hastalardan eşi memur olanların en yüksek, eşi emekli olanların ise en düşük KCIÖ toplam puanlarına sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların eşlerinin mesleği ile KCIÖ toplam puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde hasta grubunu oluşturan kadınların KCIÖ toplam puanlarına göre emekli olanların eşleri ile serbest meslek ve memur eşi olanlar arasında farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, $p<0,001$). Sağlıklı kadınların ise eşleri memur olanların KCIÖ toplam puanları yüksek ve istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Yapılan çoklu değişkenlerdeki önemlilik değerlendirmesinde ise sağlıklı kadınlarda eşleri emekli olanlar ile serbest meslek, işçi ve memur grubunu oluşturanlar arasında ($p=0,01$, $p<0,001$, $p<0,001$), eşi serbest meslek olanlar ile memur olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,01$).

Çizelge 11. Hasta ve kontrol grubu kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	HASTA GRUP				KONTROL GRUBU			
	n	%	Median [%25-%75]	p	n	%	Median [%25-%75]	p
Eş İle Evlenme Şekli								
Görücü usulü ile	59	51,3	14,30 [1,20-21,95]	p=0,28	61	53,0	21,60 [15,60-27,30]	p=0,10
Severek	56	48,7	18,75 [1,20-26,15]		54	47,0	25,35 [21,20-29,20]	
Eşin Yaşı								
30-40	12	10,4	24,75 [10,60-29,15]	p<0,001	10	8,7	27,60 [25,30-30,40]	p<0,001
41-50	51	44,3	20,80 [1,80-25,65]		48	41,7	26,95 [22,25-29,70]	
51-60	42	36,5	12,30 [1,20-19,10]		44	38,3	21,15 [15,30-25,25]	
61-70	10	8,7	1,20 [1,20-2,40]		13	11,3	1,80 [1,20-13,30]	
Eşin Eğitim Durumu								
Okur-yazar değil	4	3,5	1,80 [1,50-10,70]	p= 0,22	5	4,3	15,00 [13,30-15,60]	p= 0,02
İlköğretim	56	48,7	12,65 [1,20-21,70]		58	50,4	21,60 [16,00-25,90]	
Lise	26	22,6	20,25 [1,20-23,50]		28	24,3	26,45 [17,70-30,00]	
Üniversite	29	25,2	18,90 [1,80-26,00]		24	20,9	25,45 [22,15-29,25]	
Eşin Mesleği								
Emekli	45	39,1	2,40 [1,20-18,90]	p<0,001	43	37,4	16,80 [2,10-23,30]	p<0,001
Serbest meslek	26	22,6	20,50 [1,80-25,70]		20	17,4	23,60 [21,40-26,60]	
İşçi	17	14,8	3,00 [1,80-23,10]		25	21,7	25,80 [21,10-28,90]	
Memur	27	23,5	23,30 [1,50-26,45]		27	23,5	27,80 [23,75-30,35]	

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların, tanı alma süresi, tanı sonrası meme operasyonu geçirme süresi, operasyon türü, operasyon sonrası protez kullanma ve estetik amaçlı operasyon geçirme durumlarının KCIÖ toplam puanları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 12’de yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınlar hastalık evreleri açısından değerlendirildiğinde, %13’ü evre I, %47,8’i evre II, %31,3’ü evre III, %7,8’nin ise evre IV’de olduğu belirlenmiştir. Evre I’de olan hastaların KCIÖ toplam puanlarının en yüksek olduğu ve hastalık evresi arttıkça da puanlarının azaldığı görülmektedir. Araştırma kapsamındaki hastaların hastalık evrelerine göre KCIÖ toplam puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,42).

Araştırma kapsamına alınan kadın hastaların tanı alma sürelerine bakıldığında, %47'sinin 6 ay-1 yıl arası, %28,7'sinin 1-4 yıl arası, %24,3'ünün dört yıldan uzun süre olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede meme kanseri olan kadınların tanı süreleri açısından, KCIÖ toplam puanları; 1-4 yıl arasında olanların en yüksek, 6 ay-1 yıl arası olan hastaların ise en düşük değerde olduğu saptanmıştır. Hastaların tanı sürelerine göre KCIÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistik açıdan gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde 6 ay-1 yıl arası ile 1-4 yıl arasında tanı konmuş olan hastalar, 1-4 yıl ile dört yıldan daha uzun bir süredir tanı konmuş hastalar arasında KCIÖ toplam puan farkının anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, $p<0,001$).

Çalışma kapsamındaki meme kanseri olan kadınlardan, meme operasyonu geçirenlerin operasyon süreleri incelendiğinde, %48,7'sinin 6 ay-1 yıl arası, %28,7'sinin 1-4 yıl arası, %22,6'sının dört yıldan uzun süre olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki hastalardan, 1-4 yıl arasında operasyon geçirenlerin KCIÖ toplam puanlarının yüksek, 6 ay-1 yıl arası olanların düşük olduğu görülmüştür. Hastaların operasyon geçirme sürelerine göre KCIÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,001$). Çoklu değişkenler için yapılan önemlilik kontrollerinde 6 ay-1 yıl arası ile 1-4 yıl ve dört yıldan uzun bir süredir operasyon geçirenler arasında, 1-4 yıl ile dört yıldan uzun ve daha uzun bir süredir operasyon geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$, $p=0,04$, $p=0,04$).

Çalışmamızda meme kanseri olan kadınların %10,4'ü basit mastektomi, %84,3'ü modifiye radikal mastektomi ve %5,2'si lumpektomi operasyonu geçirmiştir. Basit mastektomi geçiren hastaların KCIÖ toplam puanları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ise gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,15$).

Meme operasyonu geçiren kadınların, %22,6'sının meme protezi kullandığı, %73,9'unun meme protezi kullanmadığı belirlenmiştir. Ayrıca meme operasyonu geçiren hastaların %5,2'sinin estetik amaçlı bir operasyon geçirdiği, %91,3'ünün ise geçirmediği belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki meme operasyonu sonrası meme protezi kullanan hastaların KCIÖ toplam puanları yüksek olduğu görülmesine karşın istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır ($p=0,38$). Meme operasyonu sonrası

estetik amaçlı operasyon geçirenlerin ise KCIÖ toplam puanları operasyon geçirmeyenlere göre yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0,03).

Çizelge 12. Meme kanseri olan kadınların hastalık değişkenliklerine göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

HASTALIK DEĞİŞKENLİKLERİ	n	%	Median [% 25-% 75]	p
Hastalığın Evresi				
Evre I	15	13,0	23,30 [1,80-25,65]	p= 0,42
Evre II	55	47,8	16,90 [1,20-23,70]	
Evre III	36	31,3	13,30 [1,20-25,10]	
Evre IV	9	7,8	1,80 [1,80-17,40]	
Tanı Konulma Süresi				
6 ay-1 yıl arası	54	47,0	1,80 [1.20-19.60]	p<0,001
1-4 yıl arası	33	28,7	24,80 [20.80-27.00]	
Dört yıldan fazla	28	24,3	14,55 [1.50-20.10]	
Hastaların Meme Operasyonu Geçirme Süresi				
Bir yıldan az	56	48,7	1,80 [1,20-21,90]	p<0,001
1-4 yıl arası	33	28,7	23,30 [13,20-26,30]	
Dört yıldan fazla	26	22,6	18,10 [1,80-21,40]	
Operasyon Türü				
Basit mastektomi	12	10,4	20,80 [10,70-23,75]	p= 0,15
Modifiye radikal mastektomi	97	84,3	14,80 [1,20-24,80]	
Lumpektomi	6	5,2	6,85 [1,20-12,10]	
Operasyon Sonrası Protez Kullanma				
Kullanıyor	26	22,6	19,85 [1,20-25,60]	p=0,38
Kullanmıyor	85	73,9	14,70 [1,20-23,40]	
Operasyon Sonrası Estetik Amaçlı Meme Operasyonu Geçirme				
Evet	6	5,2	24,75 [22,10-26,60]	p=0,03
Hayır	109	94,8	14,30 [1,20-23,40]	

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan hastaların, çalışma yapıldığı andaki tedavi durumları ve aldıkları tedavinin yan etkilerine bağlı yaşadıkları sıkıntılara göre KCIÖ puanları arasındaki istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 13'te yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, çalışma yapıldığı anda %37,4'ünün kemoterapi, %6,1'inin radyoterapi, %28,7'sinin hormon tedavisi, %2,6'sının biyolojik tedavi almakta olduğu, %25,2'sinin tedavi almadığı belirlenmiştir. Biyolojik tedavi alan hastaların KCIÖ toplam puanları en yüksek, kemoterapi alanların ise en düşük bulunmuştur. Meme kanseri olan kadınların tedavi durumları ile KCIÖ toplam puanları arasındaki istatistiksel değerlendirmede anlamlılık saptanmıştır (p<0,001). Gruplar

arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde KCIÖ toplam puanlarına göre kemoterapi alanlar ile hormon tedavisi alanlar ve tedavi almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001, p<0,001).

Araştırma kapsamına alınan hastaların, çalışma yapıldığı andaki tedavi durumlarına ilişkin olarak, aldıkları tedavilerin olası yan etkilerine bağlı olarak %35,7'sinde saç dökülmesi, %33'ünde ağız yaraları, %31,3'ünde tat almada azalma, %19,1'inde koku almada azalma, %11,3'ünde ishal, %13,9'unda kabızlık, %33'ünde bulantı kusma, %41,7'sinde yorgunluk/halsizlik ve %24,3'ünde kilo değişikliği olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri olan kadınların tedavilerine bağlı sıkıntı yaşamayanların yaşayanlara göre KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalarda görülen yan etkilere göre KCIÖ toplam puanları ile istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001).

Çizelge 13. Meme kanseri olan kadınların uygulanan tedaviye göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

TEDAVİ DURUMLARI	n	%	Median [%25-%75]	p
Şu Anda Uygulanan Tedavi				
Kemoterapi	43	37,4	1,20 [1,20-1,80]	p<0,001
Radyoterapi	7	6,1	1,80 [1,80-19,10]	
Hormon tedavisi	33	28,7	24,00 [19,30-26,30]	
Biyolojik tedavi	3	2,6	25,50 [20,15-26,05]	
Tedavi almıyor	29	25,2	21,70 [12,25-24,00]	
Şu Anda Tedavi Uygulanan Hastalarda Görülen Yan Etkiler (n=115)				
Saç dökülmesi				
Var	41	35,7	1,20 [1,20-1,80]	p<0,001
Yok	74	64,3	21,75 [12,50-25,70]	
Ağız yaraları				
Var	38	33,0	1,20 [1,20-1,80]	p<0,001
Yok	77	67,0	21,60 [11,90-25,60]	
Tat almada azalma				
Var	36	31,3	1,50 [1,20-13,10]	p<0,001
Yok	79	68,7	20,80 [1,80-25,60]	
Koku almada azalma				
Var	22	19,1	1,20 [1,20-1,80]	p<0,001
Yok	93	80,9	19,40 [1,80-25,30]	
İshal				
Var	13	11,3	1,20 [1,20-1,80]	p<0,001
Yok	102	88,7	18,85 [1,20-24,90]	

Çizelge 13 (Devam). Meme kanseri olan kadınların uygulanan tedaviye göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

TEDAVİ DURUMLARI	HASTA GRUP			
	n	%	Median [%25-%75]	p
Kabızlık				
Var	16	13,9	1,20 [1,20-14,75]	p<0,001
Yok	99	86,1	18,90 [1,80-24,40]	
Bulantı- kusma				
Var	38	33,0	1,20 [1,20-2,40]	p<0,001
Yok	77	67,0	21,60 [7,20-25,60]	
İştahsızlık				
Var	29	25,2	1,20 [1,20-12,10]	p<0,001
Yok	86	74,8	19,80 [1,80-25,00]	
Yorgunluk/halsizlik				
Var	48	41,7	1,80 [1,20-1475]	p<0,001
Yok	67	58,3	21,60 [9,55-25,65]	
Kilo değişikliği				
Var	28	24,3	1,20 [1,20-7,25]	p<0,001
Yok	87	75,7	19,40 [1,80-25,25]	

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların, tanı sonrası aile, çevre ve profesyonel destek durumlarına göre KCIÖ toplam puanları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 14’de yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadın hastaların, %80’inin “çok”, %14,8’inin “orta”, %5,2’sinin “az” düzeyde ailesel destekleri olduğu belirlenmiştir. Hastaların ailesel destek düzeyleri kötüleştikçe KCIÖ toplam puanlarının azaldığı görülmektedir. Ailesel destek düzey durumlarına göre gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde anlamlılık olmadığı (p=0,15) ancak ailesel destek düzeyine göre KCIÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,01).

Araştırma kapsamına alınan kadın hastalar, arkadaş ve akraba destekleri açısından değerlendirildiğinde, arkadaş desteğinin %64,3’ünün “çok”, %25,2’sinin “orta”, %10,4’ünün “az” olduğu, akraba desteğinin; %56,5’inin “çok”, %22,6’sının “orta”, %20,9’unun “az”, düzeyde olduğu belirlenmiştir. Arkadaş desteğini “çok” olarak ve akraba desteğini “orta” olarak değerlendiren hastaların KCIÖ toplam puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede

arkadaş desteğine göre KCIÖ toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir fark göstermediği (p=0,54), akraba desteğinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,50).

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların, psikiyatrist/psikolog desteği alma durumları incelendiğinde, %33'ünün aldığı, %67'sinin almadığı belirlenmiştir. Hastalardan profesyonel destek alanların almayanlara göre puanlarının yüksek olduğu ve KCIÖ toplam puanlarının gruplar arasında anlamlı bir fark gösterdiği belirlenmiştir (p=0,01).

Çizelge 14. Meme kanseri olan kadınların tanı sonrası aile, çevre ve profesyonel destek alma durumlarına göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

DESTEK KAYNAKLARI	n	%	Median [%25-%75]	p
Ailesel Desteği				
Az	6	5,2	1,20 [1,20-11,90]	p=0,01
Orta	17	14,8	1,80 [1,20-16,90]	
Çok	92	80,0	19,10 [1,50-24,95]	
Arkadaşların Desteği				
Az	12	10,4	8,30 [1,50-19,15]	p= 0,54
Orta	29	25,2	14,30 [1,80-22,70]	
Çok	74	64,3	18,25 [1,20-25,60]	
Akrabaların Desteği				
Az	24	20,9	1,80 [1,50-19,15]	p= 0,50
Orta	26	22,6	18,20 [1,80-23,40]	
Çok	65	56,5	17,40 [1,20-25,50]	
Tanı Sonrası Psikiyatrist/ Psikolog Desteği Alma				
Alan	38	33,0	21,70 [2,40-25,60]	p=0,01
Almayan	77	67,0	12,30 [1,20-23,10]	

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların tanı sonrası yaşam tarzları ve ilişkilerindeki değişiklik durumlarına göre KCIÖ toplam puanları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 15'te yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların giyim tarzları incelendiğinde, %51,3'ünde değişiklik olduğu, %48,7'sinde değişiklik olmadığı belirlenmiştir. Giyim tarzında değişiklik olduğunu ifade edenler, operasyon sonrası memesini ortaya çıkarmayan kıyafetler giydiklerini ve aldıkları tedaviler nedeniyle

yaşadıkları saç dökülmesine yönelik sapka/eşarp kullandıklarını belirtmişlerdir. Hastalardan giyim tarzında değişiklik olanların değişiklik olmayanlara göre KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların giyim tarzlarındaki değişiklik durumlarının KCIÖ toplam puanlarında anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır (p=0,95).

Araştırma kapsamına alınan kadın hastalar iş/ev yaşamlarında, %80'i değişiklik olduğunu, %20'si ise değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Hastalardan iş hayatı olanların, işlerini bırakarak, emekli olmaya karar vererek ve emekli olarak iş hayatlarını kesintiye uğrattıkları belirlenmiştir. Hastaların ev yaşamlarına ilişkin olarak, ev işlerinde aksamaların olduğu, eskisi gibi ev işi yapamadıkları ve bir yardımcıya ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Hastaların en çok çocuklarının bu konuda kendilerine yardımcı oldukları belirlenmiştir. İş/ev yaşamlarında değişiklik olmadığını belirten hastaların KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların iş/ev yaşamlarındaki değişiklik durumlarına göre KCIÖ toplam puanlarında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,59).

Çizelge 15. Meme kanseri olan kadınların tam sonrası yaşam tarzlarındaki değişiklik durumlarına göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları

DEĞİŞİKLİK DURUMLARI	n	%	Median [%25-%75]	p
Giyim Tarzında Değişiklik				
Var	59	51,3	17,40 [1,50-23,70]	p=0,95
Yok	56	48,7	12,85 [1,20-25,55]	
İş/Ev Yaşamlarında Değişiklik				
Var	92	80,0	14,75 [1,20-23,45]	p=0,59
Yok	23	20,0	18,60 [1,20-25,65]	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda meme kanseri ve sağlıklı olan kadınların, kadın cinsel işlev ölçeğine ait olan; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı gibi alt grupları ve toplam ölçek puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, meme kanseri olan kadınların puanlarının sağlıklı kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 7).

Yapılan çalışmalarda meme kanseri olan kadınların cinsel sorunları sık yaşadığı (23,25,132) ve meme kanserinin cinsel fonksiyonlara olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (22,26,133,134). Barni ve Mondin (23), Mortimer ve ark. (132) çalışmalarında meme kanseri olan kadınların sıklıkla cinsel istekte ve uyarılmada azalma, orgazma ulaşmada zorluk, ilişki sırasında ağrı ve cinsel tatminde azalma yaşadıkları belirlenmiştir. Broeckel ve ark. (24) meme kanseri olan kadınları aynı yaş grubundaki kanser öyküsü olmayan kadınlar ile karşılaştırdığında, meme kanseri olan kadınların olmayanlara göre cinsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu, cinsel istekte azalma, cinsel ilişkiden hoşlanmama, cinsel uyarılmada ve orgazma ulaşmada zorlanma gibi cinsel sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Yeni ve ark.'nın (26) ve Speer ve ark.'nın (133) yaptıkları çalışmada meme kanseri olan kadınların sağlıklı olan kadınlara göre cinsel fonksiyon skorlarının; istek, uyarılma, orgazm, doyum, ağrı puanları ile ölçek toplam puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Avis ve ark. (25) meme kanseri olan kadınlarda cinsel istekte azalma dışında cinsel fonksiyonlarda yetersizlikler olduğunu belirlemişlerdir. Can ve ark. (134) sistemik tedavi almış meme kanserli Türk kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada; meme kanseri olan kadınların sağlıklı kadınlara göre kadın cinsel işlev ölçeği alt gruplarına ve ölçek toplamına ait puanların düşük olduğu, alt gruplardan cinsel istek puanları ($p=0,14$) hariç diğer puanların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmişlerdir ($p<0,001$). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdan elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Kanser, hastalarda hücrenel, anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olduğu gibi cinsel fonksiyonlarını da olumsuz etkilemektedir (12). Bizim çalışmamızda da, meme kanseri olan kadınların tanı sonrası yaşadıkları travma, uygulanan tedavilerin fizyolojik ve psikososyal etkilerine bağlı olarak cinsel işlev sorunları yaşayabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmamızda ölçek kesme puanı 26,55'e göre meme kanseri olan kadınların %86,1'inde, sağlıklı kadınların ise %66,1'inde cinsel fonksiyon bozukluğu (CD) olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 8).

Demir ve ark. (135) sağlıklı kadınların %28,6'sında, Aslan ve ark. (136) %43,3'ünde CD olduğu, Can ve ark. (134) meme kanseri olan kadınların %68'inde, Aygün ve Aslan (137) %57,9'unda CD olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda meme kanseri olan kadınların, sağlıklı kadınlara göre CD prevalansının yüksek olmasının meme kanserinin cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkisinin olması ve çalışmamızda ölçek kesme puanının 26,55 olarak kullanılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki kadınların yaşlarının artması ile KCIÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düştüğü ve meme kanseri olan kadınların puanlarının sağlıklı kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$) (Çizelge 9).

Kadınlarda CD'un belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmalarda da yaşla birlikte, CD'nun arttığı saptanmıştır (18,20,136,138-146). Lindley ve ark. (147), Speer ve ark. (133) meme kanseri olan kadınlarla yaptıkları çalışmalarda yaşın artmasının kadın cinsel fonksiyonunu olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir. Ülkemizde ise; Çayan ve ark. (19), Pınar (148), Öksüz ve Malhan (21) yaptıkları çalışmalarda CD prevalansının yaşla birlikte arttığını saptamışlardır. Abasher (149) yaptığı çalışmada, yaş ile cinsel fonksiyon arasında negatif bir korelasyon olduğunu ($p=0,03$) belirlemiştir. Bunlar elde ettiğimiz bulguyu desteklemektedir. Yaşlanma ile birlikte meydana gelen gonadların küçülmesi, uyarılma fazının uzaması ve seks steroidlerinin dolaşımında azalması nedeniyle cinsel cevap döngüsünde değişiklik olmaktadır (150-152).

Yaptığımız çalışmada meme kanseri olan kadınların %50,4'ü, sağlıklı kadınların ise %47'si ilköğretim mezunudur. Kontrol grubundaki kadınların eğitim düzeyine göre KCIÖ toplam puanlarının hasta grubundakilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda lise mezunu olan kadınların diğer eğitim düzeylerindeki kadınlardan KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede meme kanseri olan kadınlarda eğitim düzeyi ile KCIÖ toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmazken ($p=0,70$) sağlıklı kadınlarda anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Çizelge 9).

Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyinin cinsel fonksiyonu etkilediği ve öğrenim düzeyi yüksek olanların CD daha az yaşadıkları (19,20,27,136,139,143,146,153,154) bazı çalışmalarda eğitim düzeyinin cinsel fonksiyonu etkilemediği belirlenmiştir (21,155,156). Laumann ve ark.'nın (18) çalışmasında lise düzeyinden daha az öğrenim düzeyine sahip kadınlarda CD'nin daha fazla olduğu görülmüştür. Abdo ve ark. (140) tarafından 18 yaş ve üzeri kadınlar ile yapılan çalışmada, eğitim düzeyinin düşmesi ile CD'un arttığı belirlenmiştir. Hughet ve ark.'nın (157) çalışmasında eğitim düzeyinin cinsel yaşamı etkilediği, ilkokul mezunlarının, üniversite mezunlarına göre CD'lerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Abasher (149) meme kanseri tedavisi alan kadınlarla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile cinsel fonksiyon arasında pozitif korelasyon olduğunu ($p=0,031$) belirlemiştir. Çalışmamızda meme kanseri olan kadınlarda eğitim durumunun cinsel fonksiyonu etkilememiş olması, cinsel konularda toplumsal ve ailesel değer yargılarına ve cinsel mitlere bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda meme kanseri olan kadınların %80'i, sağlıklı kadınların ise %77,4'ü ev hanımıdır. Çalışan kadınların KCIÖ toplam puanlarının çalışmayan kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiş ve bu farklılık hasta grubu için anlamsız ($p=0,14$), kontrol grubu için anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca çalışmamızda gelir düzeyi yüksek olan kadınların KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 9).

Laumann ve ark. (18) sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda CD'nun daha sık yaşandığı belirlenmiştir. Safarinejad'ın (158) İran'lı kadınlarla yaptığı çalışmada ise çalışmayan ve/veya ev hanımı olan kadınlarda CD görülme sıklığının çalışan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Elnashar ve ark. (159) yaptıkları çalışmada, kadınların %70'inin ev hanımı olduğu ve düşük gelir düzeyinin yaşanan cinsel sorunları arttırdığını belirlemişlerdir. Ülkemizde ise; Çayan ve ark. (19) tarafından yapılan çalışmada, çalışan kadınların KCIÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının, çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aygün ve Aslan (37) tarafından meme kanseri olan kadınlarda yapılan çalışmada ise çalışmayan kadınlarda CD görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Can ve ark. (27) meme kanseri olan kadınlarda meslek ve gelir düzeyinin cinsel fonksiyona etkisi olduğunu belirtmiştir. Demirezen ve ark.'nın (20) 40 yaş ve altı kadınlarla yaptıkları

çalışmada, kadınların %91'inin ev hanımı olduğu ve bu kadınların çalışan kadınlardan daha fazla CD yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışma yaşamı, hastalık ve tedaviden kaynaklanan kayıpların giderilmesinde tampon görevi yaparak, hastaların benlik saygısını yeniden kazanmasında önemli bir kaynak oluşturmaktadır. Meme kanseri olan kadınların tedavi aşamalarının uzun sürmesine bağlı tanı sonrası iş hayatlarına ara vermek ya da sonlandırmak zorunda kalmalarının çalışmamızdaki bulguyu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların sosyal güvencesi değerlendirildiğinde, en yüksek oranı sosyal sigortalıların oluşturduğu ve kadın hastalardan %44,3'ü, sağlıklı kadınlardan %52,2'si SSK'lı olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri olan hastalardan sosyal güvencesi emekli sandığı olanların KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada kadınların sosyal güvence durumlarına göre KCIÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 9).

Kanser tedavisinin uzun sürmesi ve maliyetin yüksek olması ailenin ekonomik güçlükler yaşamasına neden olabilmektedir (1). Sağlık güvencesi olan kişiler sağlıklı güvencesi olmayanlara göre hastalıkları sırasında sağlık hizmetlerinden daha hızlı faydalanabilmekte ve tedaviye bağlı ekonomik sorunları daha az yaşamaktadırlar. Sosyal güvence türüne göre ailelerinin gelir dağılımlarının farklılık göstermediği ve dolayısıyla cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açmadığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda meme kanseri olan kadınlardan %71,3'ü, sağlıklı kadınlardan ise %68,7'si yaşadıkları yerleşim yerinin il olduğunu belirtmişlerdir. Meme kanseri olan kadınlardan köyde yaşayanların ve sağlıklı kadınlardan ilde yaşayanların KCIÖ toplam puanları yüksek bulunmuştur. Hasta grubundaki kadınların yaşadıkları yere göre KCIÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmazken ($p=0,67$) kontrol grubunu oluşturan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$) (Çizelge 9).

Karakoyunlu'da yaptığı çalışmada kent merkezinde yaşayan kadınlarda CD görülme oranının daha düşük olduğunu saptamıştır ($p<0,01$) (146).

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların %63.5'inin, sağlıklı kadınların %53.9'unun "0-3" arasında çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir. Hasta ve kontrol grubundaki kadınların çocuk sayısı arttıkça KCIÖ toplam puanlarının azaldığı belirlenmiştir ($p=0.01$, $p<0.001$) (Çizelge 10).

Karakoyunlu (146) ve Elnashar (159) çalışmalarında kadınların çocuk sayısı arttıkça CD yaşama sıklığının arttığını saptamışlardır. Çayan ve ark.'nın (19) yaptığı çalışmada multipar kadınlarda CD görülme sıklığı yüksek bulunmuştur ($p=0,0027$). Yücel'in (160) yaptığı çalışmada, cinsel sorun yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun (%86,3) üç ve daha fazla sayıda gebe kaldığı belirlenmiştir. Sidi ve ark. (143) ile Saferinejad (158) çocuk sayısının cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğunu ve çocuk sayısı arttıkça CD'nun daha yaygın görüldüğünü belirlemişlerdir. Bu bulgular çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda çocuk sayısının artmasının cinsel fonksiyondaki olumsuz etkisi, çok doğum yapan kadının fiziksel olarak yıpranması, yorulması, kendine yeterli zaman bulamaması, eşe ayrılan zamanın azalmasının yanı sıra mevcut olan hastalığın da getirdiği olumsuzlukların neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların menstruasyon durumu sorgulandığında; meme kanseri olan kadınların %53'unun düzensiz adet gördüğü, %40,9'unun menopozda olduğu, sağlıklı kadınların ise %13'ünün düzensiz adet gördüğü, %39,1'inin menopozda oldukları belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların adetlerinin düzenli olup olmama durumuna göre KCIÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Adeti düzenli olan kadınlarda KCIÖ toplam puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda 1-5 yıl arası adet görmeyenlerin, 6 yıl ve üstünde adet görmeyenlere göre ölçek toplam puanlarının oldukça yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 10).

Yapılan çalışmalarda menstürasyon durumunun CD üzerine etkili olduğu ve menopozdaki kadınların daha çok CD yaşadıkları belirtilmektedir (19,21,136,139,144,153). Güvel ve ark. (156) sağlıklı kadınlarda, düzenli menstürasyonu olanların diğer kadınlara göre, KCIÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu belirlemişlerdir ($p<0,05$). Aygın ve ark.'nın (137) meme kanseri olan kadınlarda menstürasyonun devam edip etmemesine göre CD arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ($p<0,001$) ve menopozda olan kadınların KCIÖ alt boyut ve toplam puanlarının menstürasyonu devam edenlere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçları bizim bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Menstürasyonu devam eden kadınlar cinsel işlev bozukluklarını daha az yaşarken (10,11), menopoza ve postmenopoza dönemdeki kadınlarda, menopoza bağlı

fizyopatolojik değişiklikler nedeni ile cinsel istekte azalma, yetersiz veya geç uyarılma, orgazma ulaşmada glk, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, disparoni, cinsel ilişki sıklığında azalma gibi sorunlar sıklıkla yaşanmaktadır (12,13). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgunun; meme kanseri olan kadınlarda uygulanan tedavilerin, menstrasyon düzensizliklerine ya da erken menopoğ dönemine girmeye yol amaları nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınlara %4,3'ünün, sağlıklı kadınlara ise %3,5'inin kadın hastalıklarına ilişkin operasyon geçirdiği belirlenmiştir. Kadın hastalıklarına ilişkin operasyon geçirme durumu ile cinsel fonksiyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (izelge 10).

Çayan ve ark.'nın (19) ve Aygin ve ark.'nın (137) yaptıkları çalışmalarda pelvik cerrahi geçirme durumları ile cinsel fonksiyon durumu arasında anlamlı bir fark görülmediği belirlenmiştir ($p=0,09$). Bu alışma sonuçları bizim bulgularımızı desteklemektedir. Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınlara %14,8'inin kronik sağlık sorununun olduğu ve %19,1'inin sürekli ilaç kullandığı, sağlıklı kadınlara ise %17,4'ünün kronik sağlık sorununun olduğu ve %17,4'ünün sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Kronik sağlık sorunu olanların ve sürekli ilaç kullananların KCI toplam puanlarının düşük olduğu ve istatistiksel farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (izelge 10).

Yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların (19,161-164) ve kullanılan bazı ilaçların cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirtilmektedir (165-168). Bu alışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir. Sürekli ilaç kullanan ya da kronik bir hastalığı olan bireyin meme kanseri tanısı alması ile birlikte geleceğe ilişkin kaygılarının, fiziksel semptomların şiddetinin, bağımlılık düzeyinin arttırmasına bağlı olarak yaşam kalitesinin düşmesi dolayısı ile cinsel yaşamın da olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınlara eş ile evlenme şekli incelendiğinde, meme kanseri olan hastaların %51,3'ünün, sağlıklı kadınlara %53'ünün görücü usulü ile evlendiği belirlenmiştir. Severek evlenen kadınlara KCI puanlarının yüksek olduğu ancak istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark olmadığı grlmştir ($p>0,05$) (izelge 11).

Eşler arasındaki uyum ve ilişkinin kalitesi cinsel yaşama ilişkin memnuniyet düzeylerinde etkili olabilmektedir (169,170). Eşler arasında evlilik öncesi duygusal paylaşımın daha fazla olması ve birbirlerini daha iyi tanımaları evlilik ilişkilerinin sağlam olmasını sağlamaktadır. Çalışmamızda severek evlenen kadınların KCIÖ puanlarının yüksek olmasının; cinsel sorunlar karşısında eşlerin rahat iletişim kurabilmeleri, birlikte çözüm arayışları içine girebilmelerine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadın hastaların eşlerinin, %44,3'ü 41-50 yaş arasında, %36,5'i 51-60 yaş arasında, sağlıklı kadınların eşlerinin ise %41,7'si 41-50 yaş arasında, %38,3'ü 51-60 yaş arasındadır. Çalışmada kadın hastaların eşlerinin yaşı 30-40 yaş aralığında olan meme kanseri olan kadınların KCIÖ toplam puanları diğer gruplara göre daha yüksektir. Hasta ve sağlıklı kadınların eşlerinin yaşı arttıkça KCIÖ toplam puanlarının azaldığı belirlenmiştir ($p<0,001$, $p<0,001$) (Çizelge 11).

Sidi ve ark. (143) tarafından kadınlarla yapılan çalışmada eşlerin yaşlarının artmasının kadın CD'u için önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Rosen ve Althof (171) erkeklerde yaş ile birlikte CD görülme sıklığının arttığını ve bu durumun eşlerin cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir. Bu bulgular çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde; meme kanseri olan kadınların %48,7'sinin, sağlıklı kadınların ise %50,4'ünün eşi ilköğretim mezunudur. Çalışmamızda eşi lise mezunu olan kadınların KCIÖ puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Sağlıklı kadınlarda eşlerinin eğitim durumlarına göre KCIÖ toplam puanları istatistiksel olarak gruplar arasında karşılaştırıldığında anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,02$) (Çizelge 11).

Eğitim düzeyi arttıkça eşler arasında etkili iletişim etkinliği de artmaktadır. Çalışmamızda eşi lise mezunu olan kadınların KCIÖ puanlarının yüksek olması ve arasındaki farkın anlamlı olması, eğitim düzeyi yüksek eşlerin birbirlerine değer vermeleri, saygı duymaları ve cinsel sorunlar karşısında çözüm arayışı içinde olmalarına bağlanabilir.

Araştırma kapsamında kadınların eşlerinin mesleği değerlendirildiğinde, hastaların eşlerinin %39,1'inin emekli, %23,5'inin memur olduğu sağlıklı kadınların eşlerinin %37,4'ünün emekli, %23,5'inin memur olduğu belirlenmiştir. Hasta eşlerinin

memur olanlarının KCIÖ toplam puanlarının en yüksek olduğu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 11).

Aygin ve Aslan (137) tarafından yapılan çalışmada, eşi memur olan kadınların KCIÖ'den aldıkları puan ortalamaları, eşi emekli ve serbest meslek sahibi olan kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Memur eşlerin puanlarının yüksek olmasının nedeni, düzenli, belirli bir işe sahip olma, belirli bir ücrete göre yaşamını planlıyor olma ve buna bağlı olarak yaşama ilişkin daha az endişe duyuyor olmanın etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların hastalık evrelerinin artması ile KCIÖ toplam puanlarının azaldığı ancak farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0,42$) (Çizelge 12).

Burwell ve ark. (179) meme kanseri olan kadınlarda kanser evresi ile cinsel problemler arasında ilişki olmadığını belirlemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir. Kanser evresinin artmasına paralel olarak hastaların yaşadıkları fiziksel, sosyal ve psikoseksüel sorunlar da artmaktadır. Ancak çalışmamızda kanser evresinin cinsel fonksiyonlarda etkili olmamasında, her bireyin hastalık evrelerinde tedaviye vereceği yanıtların, fiziksel ve psikolojik tepkilerin farklı olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda meme kanseri olan kadınların tanı konulma ve meme operasyonu geçirme sürelerinin 6 ay-1 yıl arasında olanların KCIÖ toplam puanlarının oldukça düşük olduğu ve 1-4 yıl arasında olanların ise yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 12).

Altı ay-bir yıl arası meme kanseri tanısı olan ve meme operasyonu geçiren kadınların KCIÖ toplam puanlarının düşük olmasında, tanı sonrası ilk bir yıllık dönemde hastalığı kabullenme güçlüğünün ve yoğun tedavi sürecinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda meme kanseri olan kadınların %5,2'sinin lumpektomi, %10,4'ünün basit mastektomi, %84,3'ünün modifiye radikal mastektomi operasyonu geçirmiş olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda basit mastektomi ameliyatı uygulanan kadınlarda CD en az ve lumpektomi uygulanan kadınlarda ise en yüksek bulunmuş

olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p= 0,15$) (Çizelge 12).

Barni ve Mondin (23), Schag ve ark. (172), Speer ve ark. (133) meme kanseri olan kadınlarda mastektomi, lumpektomi operasyonlarının cinsel fonksiyonları etkilemediğini belirtmişlerdir. Dorval ve ark.'nın (173) cerrahi girişim sonrası ortalama 8 yıldır meme kanseri ile yaşayan lumpektomili ve mastektomili kadınları karşılaştırdıkları çalışmada, cerrahi girişim tipinin cinsel doyuma bir farklılık yaratmadığını saptamışlardır. Avıs ve ark. (134) meme kanseri olan genç kadınların psikososyal problemlerine ilişkin yaptıkları çalışmada, mastektominin CD ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir ($p=0,03$). Bu çalışmalar bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda meme operasyonu türünün cinsel fonksiyonu etkilememe sebebinin, operasyon geçiren kadınlar arasındaki sayısal farklılığa bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda meme kanseri olan kadınların operasyon sonrası %22,6'sının protez kullandığı, %5,2'sinin ise estetik amaçlı meme operasyonu geçirdiği belirlenmiştir. Çalışmamızda yapılan istatistiksel değerlendirmede estetik operasyonu geçirme durumunun CD'nu etkilediği belirlenmiştir ($p=0,003$) (Çizelge 12).

Gerard (174) meme kanseri olan kadınlardan rekonstrüktif cerrahi olanlarda, olmayanlara göre cinsel istek ve uyarılmanın daha hızlı olduğunu belirtmektedir. Rowland (175) çalışmasında, rekonstrüktif cerrahiye tercih eden kadınların, modifiye radikal mastektomi yapılan kadınlara göre cinsel ilişkisinde daha doyumlu oldukları belirtilmektedir. Bu çalışmalar sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Toplumda kadının memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmekte, beden bütünlüğünün algılanması ve kadınlık rolünün sürdürülmesinde önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle mastektomi, çoğu kadın tarafından kadınlığın kaybı olarak algılanmakta, beden imajı ve benlik saygısıyla ilgili problemler yaşanmakta ve buna paralel olarak cinsel sağlıkları etkilenmektedir (113). Çalışmamızda estetik amaçlı meme operasyonu geçirme durumunun cinsel fonksiyonu olumlu yönde etkilemesinde, operasyon sonrası bireyin beden imajını olumlu yönde algılamasına ve kişinin kendine güveninin artırmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadın hastaların, çalışma yapıldığı anda %37,4'ünün kemoterapi, %6,1'inin radyoterapi, %28,7'sinin hormon tedavisi, %2,6'sının biyolojik tedavi almakta olduğu, %25,2'sinin tedavi almadığı belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı anda kemoterapi uygulanan hastaların, diğer tedavilerin uygulandığı hastalara ve tedavi almayanlara göre KCIÖ toplam puanlarının çok daha düşük olduğu görülmüş ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Çizelge 13).

Yapılan birçok çalışmada kemoterapinin CD'ü olumsuz etkilediği belirtilmektedir (176-179). Young-McCaughan (180) tarafından yapılan çalışmada kemoterapiden belli bir süre sonra bile kemoterapi alanlarda almayanlara göre cinsel sorunların daha fazla yaşandığı belirlenmiştir. Ganz ve ark. (176) kemoterapi alan genç hastalarda daha fazla CD olduğu ancak tamoksifen kullanmanın 50 yaşın üzerindeki kadınların cinsel fonksiyonlarını etkilemediğini belirlemiştir. Ganz ve ark. (181) başka bir çalışmalarında kemoterapi tedavisi alan kadınların, tek başına tamoksifen alanlarla ya da tamoksifen ile birlikte kemoterapi alanlarla adjuvan tedavi almayanların cinsel fonksiyon skorlarında farklılık olduğunu ($p=0,0078$) ve daha çok cinsel problem yaşadıklarını belirlemiştir. Berglund ve ark. (182) meme kanseri olan kadınlarla yaptığı çalışmada, kemoterapi tedavisi alanların almayanlara göre CD durumunun yüksek olduğu ve hormon tedavisinin CD'ü etkilemediği belirlenmiştir. Avıs ve ark. (134) tarafından yapılan çalışmada kemoterapinin CD'ü etkilediği ($p=0,001$), radyoterapinin etkilemediği ($p=0,56$) saptanmıştır. Mannor ve Zohar (183) meme kanseri tedavisi sonrası erken menopozdaki kadınlarda cinsel fonksiyon ve bilgi ihtiyaçlarının araştırıldığı çalışmada, kemoterapi tedavisi alanlar ile diğer tedavi yöntemleri uygulanan hastalar karşılaştırıldığında, kemoterapi alanlarda daha çok cinsel fonksiyon zorlukları görüldüğü belirtilmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadın hastaların, çalışma yapıldığı andaki tedavi durumlarına ilişkin olarak, aldıkları tedavilere bağlı saç dökülmesi, ağız yaraları, tat/koku almada azalma, ishal, kabızlık, bulantı kusma, yorgunluk halsizlik, kilo değişikliği gibi olası yan etkileri yaşayanların, yaşamayanlara göre KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yapılan değerlendirmede hastaların

tedavilerine bağlı yaşadıkları semptomlara göre KCI toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (izelge 13).

Wilmoth ve ark. (184) yaptıkları çalışmada meme kanseri olan hastalarda yorgunluğun ve kilonun artmasının cinsel fonksiyonda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Kemoterapinin yan etkileri olan sa dökülmesi, kilo kaybı, bulantı, kusma bireyin beden imajını etkileyebilmektedir. Kemoterapiye bağlı kişinin günlük yaşam aktivitesi etkilenmekte buna bağlı olarak cinsel fonksiyonu ve yaşam kalitesi düşmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadın hastaların; %80'inin ailesel, %64,3'ünün arkadaş, %56,5'inin akraba desteklerinin "ok" olduğu belirlenmiştir. Hastaların aile, arkadaş ve akraba desteği azaldıkça CD'nun arttığı belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede aile desteğine göre KCI toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,01$) (izelge 14).

Ganz ve ark. (138) meme kanseri olan hastaların cinsel yaşamlarında eşler arasındaki desteğin etkili olduğunu belirtmişlerdir. Martin-Diaz ve ark. (185) yaptıkları çalışmada sosyal destek ile CD arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Speer (133) yaptığı çalışmada ilişkilerdeki sorunların cinsel uyarılma, orgazm, tatmin ve lubrikasyonda azalmada etkili olduğunu belirlemiştir. Karakaya'nın (186) alışmasında sosyal desteğin CD' u etkilediği belirlenmiştir. Ojumu ve ark. (187) 15–49 yaş arası evli çiftlerle yaptıkları çalışmada eşler arasındaki ilişkinin yetersiz olmasının CD için bir risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir. Eşler arasındaki uyum ve ilişkinin kalitesi cinsel yaşama ilişkin memnuniyet düzeylerinde etkili olabilmektedir (188,189). Çalışmamızda aile desteğinin cinsel fonksiyonu olumlu etkilemesinde; aile desteğinin, kadınların karşılaştıkları sorunlarla baş edebilme yeteneklerinin artması, kişinin dışa dönük olmasını sağlaması, hastalığın ve tedavilerin getirdiği olumsuz sonuçlarla mücadele gücünün yükselmesi ve bunun sonucu olarak da yaşama bağlı kalmayı beraberinde getirmesinin etkili olduğu düşünmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadın hastaların %33'ünün psikiyatrist/psikolog desteği aldığı belirlenmiştir. Profesyonel destek alan hastaların KCI toplam puanları almayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0,01$) (izelge 14).

Meme kanserinde tanı aşamasından itibaren ruhsal hastalıklar sık olarak ortaya çıkmaktadır (32). Ortaya çıkan ruhsal hastalıklar hastanın, yaşam kalitesini dolayısı ile cinsel yaşamını etkileyebilmektedir. Psikiyatrist/psikolog desteği alan hastaların

karşılaştığı sorunlarla baş etme gücünün artmasına bağlı olarak cinsel yaşamlarının olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda meme kanseri olan kadınların tanı sonrası %51,3'ünde giyim tarzında değişiklik olduğu belirlenmiştir. Giyim tarzında değişiklik olduğunu belirtenlerin KCIÖ toplam puanlarının yüksek olduğu görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 15).

Meme kanseri hastalarında hem uygulanan cerrahi operasyon (mastektomi) hem de ilaç tedavileri kadınların dış görünüşünde köklü bir değişikliğe neden olmaktadır (1). Kişinin beden imajındaki değişiklikler kendisine olan güvenini azaltmakta ve cinsel sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (115). Çalışmamızda giyim tarzlarını değiştiren kadınların KCIÖ puanlarındaki yüksekliğin, giyim tarzlarındaki farklılığa bağlı olarak olumlu bir beden imajının oluşması ve benlik saygısının artmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda meme kanseri olan kadınların tanı sonrası %80'inde iş/ev yaşamlarında değişiklik olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri olan kadınlardan iş/ev yaşamlarında değişiklik olmadığını belirtenlerin KCIÖ toplam puanlarının değişiklik olduğunu belirtenlere göre yüksek olduğu görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 15).

Kişiler hastalıklarının aktif dönemlerinde iş/ev yaşamlarında problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Çalışmamızda iş/ev yaşamlarında değişiklik olduğunu belirtenlerin KCIÖ toplam puanlarının düşük olmasının hastalıklarının aktif ya da tedavilerinin yoğun dönemlerinde olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan meme kanseri olan kadınların yaş ortalamaları 47,38, sağlıklı kadınların yaş ortalamaları ise 47,26 olarak belirlenmiştir.
- Meme kanseri olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt boyut puanları ile KCIÖ'den aldıkları puanları (14,80) sağlıklı kadınlara (23,10) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).
- Meme kanseri olan kadınların %86,1'inin, sağlıklı kadınların %66,1'inin CD yaşadıkları ve istatistiksel değerlendirmede kadınların CD durumları açısından aralarındaki farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).
- Meme kanseri ve sağlıklı kadınlarda yaşın CD'ü etkilediği, yaşın artması ile birlikte CD'unda arttığı saptanmıştır ($p<0,001$).
- Hasta ve kontrol grubunu oluşturan kadınlarda eğitim düzeyinin artması ile CD'unun azaldığı ve eğitim durumuna göre hasta grupta istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p=0,7$) kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).
- Araştırmamızda çalışan kadınların CD'ü daha az yaşadıkları belirlenmiştir ancak hasta grupta çalışma durumuna göre CD arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,14$).
- Çalışmamızda ailenin ortalama geliri yüksek olan kadınların daha az CD yaşadıkları belirlenmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Sosyal güvencesi emekli sandığı olan meme kanseri olan kadınların CD yaşama sıklığı düşük bulunmuştur ($p>0,05$).
- Çalışmamızda meme kanseri olan kadınlardan yaşadıkları yerleşim yerinin köy olduğunu söyleyenlerin CD daha az yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Araştırmamızda kadınların çocuk sayısı artışına paralel olarak CD'unun arttığı saptanmıştır ($p<0,05$).

- Meme kanseri ve sağlıklı olan kadınların adet düzenlerinin ve adet görmeme süresinin cinsel yaşamı etkileyen önemli bir değişken olduğu ve menopozdaki kadınların CD'ü sıklıkla yaşadıkları saptanmıştır ($p<0,05$).
- Meme kanseri olan kadınlardan kadın hastalıklarından operasyon geçirenlerin geçirmeyenlere göre CD'ü fazla yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Hasta ve kontrol grubunu oluşturan kadınlarda kronik sağlık sorununun varlığı ve sürekli ilaç kullanma durumlarının CD'ü olumsuz etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$).
- Çalışmamızda severek evlenen kadınlarda CD görülme sıklığının düşük olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Kadınların yaşadıkları CD'unun eşlerinin yaşının artmasına paralel olarak arttığı saptanmıştır ($p<0,001$).
- Meme kanseri olan kadınların eşlerinin lise mezunu olanların CD'ü daha az yaşadıkları belirlenmiştir ancak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Meme kanseri ve sağlıklı kadınlardan eşi memur olanların CD sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).
- Meme kanseri olan kadınların hastalık evreleri artıkça CD'ü yaşama sıklığında artma olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Altı ay-bir yıl süredir meme kanseri tanısı konulmuş kadınların cinsel yaşamlarının oldukça etkilendiği ve bu dönemde sıklıkla CD yaşadıkları saptanmıştır ($p<0,001$).
- Altı ay-bir yıl süredir meme operasyonu geçirmiş olan hastalarda CD görülme sıklığında önemli bir artma olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).
- Meme operasyonu geçiren hastalarda meme operasyonunun türü ile CD arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Meme kanseri olan kadınlardan estetik amaçlı meme operasyonu geçirenlerde daha az CD görüldüğü saptanmıştır ($p=0,03$).
- Araştırmamızda meme kanseri olan kadınların tedavi alma süresince cinsel fonksiyonlarının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Kemoterapi/radyoterapi tedavisi almakta olan hastaların hormon/biyolojik tedavi alanlara ve tedavi almayanlara göre daha fazla CD yaşadıkları saptanmıştır ($p<0,001$).

- Meme kanseri olan kadınların tedavi süresince tedaviye bağlı yaşadıkları sıkıntıların ciddi düzeyde cinsel yaşamlarını etkilediği saptanmıştır ($p<0,001$).
- Meme kanseri olan kadınların ailesel, arkadaş ve akraba desteklerinin “az” olduğunu belirtenlerin “orta/çok” olduğunu ifade edenlere göre CD daha sık yaşadıkları ve ailesel desteğin CD’nu etkilediği saptanmıştır ($p=0,01$).
- Meme kanseri olan kadınların psikiyatri/psikolog desteğinin CD üzerine önemli etkisi olduğu ve profesyonel destek alanlarda CD’un daha az görüldüğü saptanmıştır ($p=0,01$).
- Çalışmamızda meme kanseri olan kadınlardan giyim tarzını değiştirenlerin CD’u daha az deneyimledikleri belirlenmiştir ($p>0,05$).
- İş/ev yaşamlarında değişiklik olmayan meme kanseri olan kadınların CD’u daha az yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0,05$).

6.2. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Meme kanserinin kadın cinsel fonksiyonlarını önemli düzeyde etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık personelinin meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonunu, çiftin değişimlere uyum sağlama ve başetme yeteneklerini değerlendirmesi ve gerektiğinde ailenin uygun birimlere yönlendirilmesi,
- Sağlık personelinin meme kanseri olan kadınların seksüalite, seksüel fonksiyon, seksüel kimlik, eşi ile ilişki gibi konuları konuşmaları ve duygularını ifade etmeleri için ortam sağlaması,
- Özellikle 6 ay-1 yıl süre önce tanısı konmuş ve meme operasyonu geçirmiş kadınların ciddi düzeyde cinsel sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık personelinin bu dönemde olan hastalara cinsel yaşamlarına ilişkin olası değişiklikler konusunda bilgi vermesi ve destek olması,
- Meme kanseri olan kadınların kemoterapi ya da radyoterapi tedavisi aldıkları dönemde CD daha sık yaşadıkları görülmüştür. Bu yüzden kullanılacak tedavi yaklaşımlarının öncesinde hastalara tedavilerin cinsel yaşama olan etkisine yönelik eğitim yapılması,
- Sağlık personelinin meme kanseri olan kadınların cinsel yaşamına ilişkin yaptığı her türlü eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde hasta eşinin de katılımını sağlayarak ailesel desteğin artırılması ayrıca profesyonel destek almaları konusunda ailenin teşvik edilmesi,
- Mastektomi operasyonu geçirmiş meme kanseri kadınlardan estetik amaçlı operasyon geçirenlerin daha az CD yaşadığı belirlendiği için kadınlara operasyon öncesi estetik amaçlı meme onarımı konusunda da bilgi verilmesi ve gerekli birimlere yönlendirilmesi,
- Onkoloji kliniklerinde hizmet veren sağlık çalışanlarının, holistik hasta bakımında cinsel fonksiyonları değerlendirebilmeleri yönünde bilgi düzeylerini artırıcı programların sağlanması,
- Sağlık hizmeti veren kurumlar içinde cinsel yaşama ilişkin danışmanlık verebilecek özellikle özel birimlerin açılması ve bu birimlerde uzman/eğitim almış sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin aktif rol almasının sağlanması uygun olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Gümüş BA.** Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2006**;2(3):108-117.
2. **Atıcı E.** Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **2007**;22(4):197-204.
3. **Güran Ş.** Kanserden Korunma. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2005**;47:324-326.
4. **Akdemir N, Birol L.** *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*.2.Baskı,Ankara:Sistem Ofset,**2004**:246.
5. World Health Statistics 2008. Erişim: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf. Erişim tarihi:11.08.2008.
6. **Henson HK.** Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability*,**2002**;20(4):261-275.
7. **Darendeliler E, Ağaoglu FY.** Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. *Meme Kanseri*. İstanbul:Nobel tıp kitapçevleri, **2003**:13-34.
8. **Ünal H.** Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi. *Güncel Klinik Onkoloji*. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi. Aralık **2003**;(37):169-177.
9. **Özkan S.** *Psiko-Onkoloji*. 1.Baskı,İstanbul:**2007**.
10. **Arıkan RN.** Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, **2000**;8(1):39-46.
11. **Tunçer Ö.** Meme Kanserine Multidisipliner Yaklaşımda Lizeyon Psikiyatrisi Açısından Sorunlar. *Meme Hastalıkları*.İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri,**2001**:665-670.
12. **Monga U.** Sexual Functioning in Cancer Patients. *Sexuality and Disability*,**2002**;20(4):277-295.
13. **İncesu C.** Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, **2004**;3:3-13.
14. **Çelikkol A.** Cinsel İşlev Bozuklukları. Erişim: <http://www.celikkol.org/cinsel.htm>. Erişim tarihi: 8.11.2008.
15. **Önem K, Ahmedov I, Kadioğlu A.** Kadın Cinsel Fonksiyonun Patofizyolojisi, *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*. İstanbul:Türk Androloji Derneği Yayını, **2004**:620-629.
16. **Safarinejad MR.** Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, **2006**;18:382-395.
17. **Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M.** Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2007**;114(2):201-216.
18. **Lauman ED, Paik A, Rosen RC.** Sexual Dysfunction in the United States, Prevalance and Predictors. *JAMA*, **1999**;281(6):5537-5544.
19. **Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canbolat B, Acar D, Ulusoy E.** The prevalance of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, **2004**;72(1): 52-57.

20. **Demirezen E, Erdoğan S, Önem K.** Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, **2006**;25:177-180.
21. **Öksüz E, Malhan S.** Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, **2006**;176(2):840-841.
22. **Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA.** Hastanede çalışan bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. *Türk Üroloji Dergisi*, **2007**;33(2):156-160.
23. **Barni S, Mondin R.** Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology*, **1997**;8:149-153.
24. **Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, et al:** Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treatment*, **2002**;75:241-248.
25. **Avıs NE, Crawford S, Manuel J.** Psychosocial Problems Among Younger Women With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, **2004**;13:295-308.
26. **Yeni E, Ünal D, Verit A, Coşkun A, Karataş Ö, Ünal E.** Meme Kanseri Hastalarda Cinsel Fonksiyonlar Sorgulanmalı mı?. *Türk Üroloji Dergisi*, **2003**;29(2):175-179.
27. **Can G, Durna Z, Aydiner A, Saip P, Kadioğlu A.** Sistemik tedavi alan meme kanserli kadınlarda cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, **2005**;22:268-271.
28. **Krebs L.** What Should I Say? Talking With Patients About Sexuality Issues. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **2006**;10(3):313-315.
29. **Güner İC.** Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, **2008**;46-49.
30. **Çavdar İ.** Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2006**;2(2):64-66.
31. **Can G.** Kanserde Cinsel Sağlık. *Androloji Bülteni*, **2004**;19:355-356.
32. **Basterzi DA.** Meme Kanseri ve Psikiyatri. *Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği*. 1. Baskı, Mersin:Can Matbaacılık, **2007**:49-52.
33. **Aygin D.** Meme kanseri ve cinsellik. *Androloji Dergisi*, **2004**;19:336-337.
34. **Sertöz ÖÖ, Mete EH, Noyan A, Alper M, Kapkaç M.** Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**;15(4):264-275.
35. **Gail PJ, Harriet SC, Kim EB.** Family coping, styles and challenges nursing. *Clinics of North America*, **2001**;36:795-807.
36. **Melanie A, Christopher C, Phyllis N.** The Role of psychosocial factors in the development of breast Carcinoma I,II. *Cancer*, **2001**;91:677-697.
37. **Aygin D, Aslan FE** Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız?. *Androloji Bülteni*, **2005**;22:264-267.
38. **Gökıldız Ş.** Cinsel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Etkinliği Nasıl Sağlanır? *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, **2002**;49.

39. **Turna B, Apaydin E, Semerci B, Altay B, Cikili N, Nazli O.** Libidosu azalmış kadınlar:Düşük Androjen Seviyeleriyle Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Korelasyonu. *Int J Impot Research*, **2005**;17(2):148-53.
40. **Aydınтуğ S.** Meme Kanseriinde Erken Tanı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **2004**;13(6):226-228.
41. **Üskent N.** Meme Kanseriinin Doğal Seyri, Gelişimi, Risk Faktörleri, Dünyadaki Dağılımı ve Epidemiyolojisi. *Olgular Işında Meme Kanseri*. İstanbul:Golden Print, Turgut Yayıncılık ve Ticaret AŞ, **2003**.
42. **Bilgel N.** Meme Kanseriinin Epidemiyolojisi. *Meme Kanseri*. Bursa: Nobel Kitabevleri, **2005**:69-73.
43. **Burgut R,Tuncer I,Bozdemir N.** Türkiyede 16 Merkezin Kanseri Verilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye'de Kanseri Sıklığı*. Adana:Tübitak ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, **1994**.
44. T.C Sağlık Bakanlığı. Kanseri İstatistikleri. Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BE00EA04F0B1B62666>. Erişim tarihi: 03.03.2008.
45. T.C Sağlık Bakanlığı. Kadınlarda Görülen En Sık Kanseri Türü 1999. Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/092.htm>. Erişim tarihi: 03.03.2008.
46. **İrgil E.** Meme Kanseri Epidemiyolojisi. *Meme Hastalıkları*. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**:227.
47. **Gençtürk N.** Meme Kanseriinde Risk Faktörleri. *Hemşirelik Forumu*,**2006**;106-112.
48. Meme Yapısı. Erişim:http://www.bsm.gov.tr/docs/Meme_Kanseri%20Bilgi_Notu.pdf. Erişim tarihi: 03.03.2008.
49. **Dursun AN.** *Meme Kanseri*. 1. Baskı,Oxford:Health Pres, Abbott Laboratuvarı,**2007**.
50. **Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC.**Towards an integrated model for breast cancer etiology, The lifelong interplay of genes, lifestyle, and hormones. *Breast Cancer Research*, **2004**;6(5):213-218.
51. **Bozfkıoğlu Y, Asoğlu O.** Meme Kanseri. *Genel Cerrahi*.7.Baskı,İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri,**2002**:240-248.
52. **Onat H, Başaran M.** Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Korunma. *Meme Kanseri*. İstanbul:Nobel tıp kitabevleri, **2003**:90-107.
53. What You Need To Know About Breast Cancer. Erişim: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/breast/page1> . Erişim tarihi: 03.03.2008.
54. **Özgültekin R.** Meme Kanseriinde Etyoloji ve Risk Faktörleri. *Meme Hastalıkları*. İstanbul:Nobel tıp kitabevleri,**2001**:234-242.
55. **Evrensel T.** Meme Kanseriinde Etyoloji Risk Faktörleri ve Korunma. *Meme Kanseri*.Bursa: Nobel Kitabevleri, **2005**:623-627.
56. **Holmes MD, Willet WC.** Does diet affect breast cancer risk?. *Breast Cancer Research*, **2004**;6(4):170-178.
57. **Casey PM, Cerhan JR, Pruthi S.** Oral Contraceptive Use and The Risk of Breast Cancer.*Mayo Clin Proc*,**2008**;83(1):86-91.

58. **Ünal M.** Meme Kanserinin Evrelendirilmesi. *Genel Cerrahi*. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**:573.
59. **Kopans DB.** Epidemiology, etiyojoloji, risk factors, survival and prevention of breast cancer, *Breast Imaging*. 2nd Ed.,Philadelphia:Lippincolt-Raven Publishers,**1998**:29-52.
60. What You Need To Know About Breast Cancer. Risk Factors. Erişim: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/breast/page4> . Erişim tarihi: 03.03.2008.
61. **Karayurt Ö.** Meme Kanseri.Erişim: http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kanseri.pdf . Erişim tarihi: 03.03.2008.
62. **Dean A.** Primary breast cancer: risk factors, diagnosis and management. *Nursing Standard*,**2008**,22(40):47-55.
63. **Erbil Y.** *Tanı ve Tedavi Dahiliye*. İstanbul:Nobel Kitabevleri,**2006**:642.
64. **Gould BE.** *Pathophysiology for the Health Professions*. 2nd Ed.,USA:W.B. Saunders Company,**2002**:612.
65. **Özer G, Karamanoğlu AY.** Meme Kanserinde Erken Tanı. *Hemşirelik Forumu*,**2006**;55-59.
66. **Çetintaş SK.** Meme Kanserinde Klinik Bulgular ve Tanı. *Meme Kanseri*. Bursa: Nobel Kitabevleri, **2005**:87-93.
67. İnflammatory breast cancer. Erişim: http://www.komen.org/stellent/groups/public/@dallas/documents/komen_site_documents/dsbcinflammatory.pdf . Erişim tarihi:24.08.08.
68. **İğci A, Asoğlu O.** Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri.*Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel tıp kitapevleri, **2003**:113-123.
69. Meme Kanseri Hakkında. Erişim: <http://www.alanyadevlethastanesi.gov.tr/kutuphane/MemeKanseriHakkinda.pdf>. Erişim tarihi: 04.07.2008.
70. Breast Cancer, Treatment by Stage. Erişim: <http://www2.mdanderson.org/app/pe/index.cfm?pagename=opendoc&docid=50>. Erişim tarihi:14.08.2008.
71. **Akça T.** Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi Seçenekleri Nelerdir?. *Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği*. 1. Baskı, Mersin:Can Matbaacılık, **2007**:31-38.
72. **Hammer C, Fanning A, Crowe J.** Overview of breast cancer staging and surgical treatment options.*Cleveland Clinic Journal of Medicine*,**2008**;75(1):10-16.
73. **Ünal M.** Meme Kanserinde Klinik Bulgular, Evreleme, Biopsi. *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel tıp kitapevleri, **2003**:124-131.
74. **Asoğlu O, Keçer M.** Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel tıp kitapevleri, **2003**:275-288.
75. **Biröl L.** Tedavi Yaklaşımları. *Hemşireler İçin Kanseri El Kitabı*. 2. Baskı, Ankara:IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, **1998**:68-80.
76. **Çağlar HB.** Meme Kanserinde Radyoterapi (Işın Tedavisi) Nasıl Yapılır?. *Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği*. 1. Baskı, Mersin: Can Matbaacılık, **2007**:39-43.
77. **Berkarda B.** *Meme Kanseri*. İstanbul:İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi,**2000**.

78. **Haydaroglu A.** Yan Etkiler ve Destek Tedaviler. *I. Ulusal Meme Kanseri Konsensusu*. İzmir:Kongre Basımevi Matbaası,2007:79-81.
79. **Dougherty L, Bailey C.** Chemotherapy. *Cancer Nursing*. 2nd Ed.,UK:Blackwell Publishing,2008:267-316.
80. **Mandel NM.** Meme Kanserinin Medikal Tedavisi. *Güncel Klinik Onkoloji*. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi. Aralık 2003;(37):185-194.
81. Göğüs Kanseri. Erişim: <http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/tuerkische-informationen/Brustkrebs-tuerkisch.pdf>. Erişim tarihi: 23.08.08.
82. Meme Kanseri Tedavi. Erişim: http://www.kanserleyasamak.org/genel_bilgiler.php?content=9#content. Erişim tarihi: 23.10.08.
83. **Yorgancı A, Yorgancı K.** Meme Kanserinde Hormonal Tedavi. *Hormon Replasman Tedavisi ve Kanser*. Ankara:Güneş Kitabevi, 2003:61-71.
84. **Fenlon D.** Endocrine therapies. *Cancer Nursing*. 2nd Ed., UK:Blackwell Publishing,2008:360-366.
85. **Serdengeçti S.** Metastatik Meme Kanserinde Hormonoterapi. *Meme Hastalıkları*. İstanbul:Nobel tıp kitapçevleri, 2001:531-537.
86. **Alanyalı H.** Meme kanserinde Hormonal Tedaviler. *Klinik Aktüel Tıp*, Okoloji Özel Sayısı. 2005;11(10):38-48.
87. **Turhal S.** Meme Kanseri. Erişim: <http://www.serdarturhal.com.tr/Meme%20Ca.pdf>. Erişim tarihi: 03.03.2008.
88. **Öztop İ.** Erken Evre Meme Kanserinin Adjuvan Tedavisinde Trastuzumab. *Uluslararası Hemotoloji Onkoloji Dergisi*,2007;17(3):184-192.
89. **Aydın A.** Meme Kanseri ve Yeni Gelişmeler. *Klinik Aktüel Tıp*, 2007;12(1):46-53.
90. **Bozfakıoğlu Y.** Meme Kanserinde Sistemik Tedavi. *Genel Cerrahi*. Cilt 1, İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri,2002:615-618.
91. **Wagner G.** Seksüel Tıbbın Etik, Sosyo-Kültürel ve Eğitsel Yönleri. *Seksüel Tıp Erkeklerde ve Kadınlarda Seksüel Fonksiyon Bozuklukları*. 1. Baskı, İstanbul:Medikal Yayıncılık,2006:119-13
92. **Aydın H.** Cinsel İşlev ve Bozuklukları. Erişim: www.gata.edu.tr. Erişim tarihi: 25.08.2008.
93. **Craven RF, Hirnle CJ.** *Fundamentals of Nursing Human Health and Function*. . 6th Ed.,USA: Lippincott Williams&Wilkins, 2008:1359-1386.
94. **Gölbasi Z.** Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: cinsel sağlık eğitimi. *T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Eğitim - Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2003;5(2):33-41.
95. **Yüksel Ş, Cindoğlu D.** *Kadın Cinselliği*. Bilgilendirme Dosyası 5. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.
96. **İncesu C.** Cinsel işlevin fizyolojisi. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, 1998;(1):3-11.
97. **Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H.** *Cinsel Yaşam ve Sorunları*. Bilgilendirme Dosyası 1. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.

98. **Oskay ÜY.** Kadınlarda orgazmın kültürel ve psikososyal boyutu. *Türk Androloji Bülteni*, **2005**;22:261-263.
99. Cinsel İşlevin Fizyolojisi. Erişim: <http://www.nuveforum.net/1504-psikiyatri/55104-cinsel-islevin-fizyolojisi/>. Erişim tarihi: 29.08.2008.
100. **Akın S.** Seksüel Disfonksiyon Epidemiyolojisi. *Androloji Dergisi*, **2004**;18:264-265.
101. **Soylu A.** Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda tanı. *Türk Androloji Bülteni*, **2003**;3:21-23.
102. **Youngkin EQ, Davis MS.** *Women's Health, A Primary Care Clinical Guide*. 3rd Ed., New Jersey: Prentice Hall, **2004**.
103. **Leiblum SR.** Arousal Disorders In Women: Complaints And Complexities. *MJA*, **2003**;178(12):638-640.
104. **Basson R.** Kadınlarda Cinsel İstek ve Uyarılma Bozuklukları ve Cinsel Ağrı. *Seksüel Tıp Erkeklerde ve Kadınlarda Seksüel Fonksiyon Bozuklukları*. 1. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2006**:853-865.
105. **Berman JR, Berman LA, Kanaly KA.** Female Sexual Dysfunction: New Perspectives On Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment. *EAU Update Series 1*, **2003**;166-177.
106. **Bernhard LA.** Sexuality and sexual health care for women. *Clinical obstetrics and Gynecology*, **2002**;45(4):1089-1098.
107. **Boyacıoğlu GS.** Kadın cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, **1999**;2:54-59.
108. **Kavuncu VN.** Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, **2004**;5(1):18-25.
109. **Tuğrul C, Kabakçı E.** Vaginismus and its correlates. *Sexual and Marital Therapy*, **1997**;2(1):23-34.
110. **Avis NE.** Sexual function and aging in men and women: Community and population-based studies. *The Journal of Gender-Specific Medicine*, **2000**;3(2):37-41.
111. **Perry AG, Potter PA.** *Clinical Nursing Skills & Techniques*. 5th Ed., Louis: Mosby Inc. **2002**.
112. **Öz F.** *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. **2004**.
113. **Çam O, Gümüş AB.** Meme Kanseri Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**;10(3):52-60.
114. **Reis N.** Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2003**;7(2):35-40.
115. Meme Kanseri Erken Tanı Konusunda Kadınların Eğitimi. Erişim: <http://www.diyadinnet.com/HABER-529-meme-kanserinde-erken-tan%C4%B1-konusunda-kad%C4%B1nlar%C4%B1n-e%C4%9Fitimi>. Erişim tarihi: 29.10.2008.
116. **Wilmoth MC, Spinelli A.** Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *JOGNN*, **2000**;29(4):413-421.
117. **Faithfull S.** Radioterapy. *Cancer Nursing*. 2nd Ed., UK: Blackwell Publishing, **2008**:347.

118. **Tevfik P.** *Kanseri Beyninizde Yenin Kanslerle Yaşam.* Ankara:Hacettepe Doktorlar Yayınevi,2004.
119. **Okanlı A, Ekinci M.** Meme Kanseri Hastası ve Eşlerinin Yaşam Doyumları Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, 2008;46(1):9-14.
120. **Güner Çİ.** Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008;46-49.
121. **Babacan SS.** İnsan Seksüalitesinin Kültürel ve Psikososyal Yönleri. *Kastomu Eğitim Dergisi*.2003;11(1):131-136.
122. **Yaniv H.** *Kanser Hastalarında Seksüalite.* Ankara: Onkoloji Hemşireler Derneği. 2000.
123. **Yiğit F.** Cinsel öykü alınmasında bariyerlerin önemi. Erişim: <http://www.androloji.org.tr/images/File/30.Say%C4%B1%20Pdf/K2.pdf>. Erişim tarihi: 29.10.2008.
124. **Anllo LM.** Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000;26:241-248.
125. **White İ.** Sexuality. *Cancer Nursing*, 2nd Ed.,UK:Blackwell Publishing,2008:539-541.
126. **Taylor B, Davis S.** Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 2006;21(11):35-40.
127. **Finger B.** Sexuality and Chronic Illness. Erişim: <http://members.aapa.org/aapaconf2006/syllabus/6039FingerChronicIllnessSex.pdf>. erişim tarihi: 2.11.2008.
128. **Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr.** The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000;26:191-208.
129. **Wiegel M, Meston C, Rosen R.** The Female Sexual Function Index (FSFI): cross- validation and development of clinical cutoff score. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005;31(1):1-20.
130. **Aygin D, Aslan FE.** Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 2005;25:393-399.
131. SPSS Statistical Software. Version 11.5 for Windows. SPSS Inc., Chicago,2002.
132. **Mortimer JE, Boucher L, Baty J, Knapp DL, Ryan E, Rowland JH.** Effect of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 1999;17(5):1488-1492.
133. **Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, et al.** Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast Journal*, 2005;11(6):440-447.
134. **Can G, Oskay U, Durna Z, Aydiner A, Saip P, Disci R, Kadioğlu A.** Evaluation of Sexual Function of Turkish Women With Breast Cancer Receiving Systemic Treatment. *Oncology Nursing Forum*, 2008;35(3):471-476.
135. **Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA.** Hastanede çalışan bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. *Türk Üroloji Dergisi*, 2007;33(2):156-160.
136. **Aslan E, Beji NK, Güngör I, Kadioğlu A, Dikencik BK.** Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in İstanbul. *J Sex Med*,2008;5(9):2044-2052.

137. **Aygn D, Aslan FE.** Meme Kanseri Kadınlar da Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2008**;4(2):105-114.
138. **Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH.** Predictors of Sexual Health in Women After a Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, **1999**;17(8):2371-2380.
139. **Castelo-Branco C, Blumel JE, araya H, Riquelme R, Castro G.** Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2003**;23(4):426-430.
140. **Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JA.** Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, **2004**;16(2):160-166.
141. **Hissasue SI, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, Kobayashi K, Hashimoto K, Yamashita N, Itoh N.** Prevalance of Female Sexual Dysfunction Symptoms and its Relationship to Quality of Life: a Japanese Female Cohort Study. *Urology*, **2005**;65:143-148.
142. **Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S.** Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *Eur Urol*, **2005**;47(3):366-375.
143. **Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M.** The Prevalance of Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Malaysian Women. *International Society For Sexual Medicine*, **2006**;1-11.
144. **Hayes RD, Dennerstein L, Bennett Cm, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK.** Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med*, **2008**;5(7):1681-1693.
145. **Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick JS, Son H.** The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet based survey. *J Sex Med*, **2008**;5(7):1694-1701.
146. **Karakoyunlu FB.** Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, **2007**.
147. **Lindley C, Vasa S, Sawyer WT, et al.** Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for earlystage breast cancer. *J Clin Oncol*, **1998**;16:1380-1387.
148. **Pınar R.** Kadın/erkek cinsel disfonksiyon epidemiyolojisi. 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya, 13-17 Eylül **2006**.
149. **Abasher SM.** Sexual health issues in Sudanese women before and during hormonal treatment for breast cancer. *Psychooncolog*, **2008**.
150. **Eker E.** Yaşlılarda normal cinsellik ve cinsel sorunlar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, **1998**;3(1):172-181.
151. **Yang H, Toy EC, Baker B.** Sexual dysfunction in the elderly patient. *Ob/Gyns*, **2000**;7(6):269-274.
152. **Palacios S, Tobar AC, Menendez C.** Sexuality in the climacteric years. *Maturitas The European Menopause Journal*, **2002**;43:69-77.
153. **Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E.** Factors affeting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climacteric*, **1999**;2(4):254-262.

154. **Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH.** Sexual Activity And Function In Middle- Aged And Older Women. *Obstet Gynecology*, **2006**;107(4):750-751.
155. **Öniz A, Keskinoğlu P, Bezircioğlu I.** The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The Journal of Sexual Medicine*, **2007**;4(6):1575-1581.
156. **Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H.** Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, **2003**;29(1):43-48.
157. **Hughet P, Gurgel MSC, Pinto-Neto Aarao, Osis M, Moraes S.** Sexuality and quality of life in breast cancer survivors in Brazil. *Breast J*, **2007**;13(5):537-38.
158. **Saferinejad MR.** Female Sexual Dysfunction A Population Based Study in Iran Prevalance and Associated Risk Factors. *International Journal of Impotence Research*, **2006**;18:382-395.
159. **Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M.** Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2007**;114(2):201-216.
160. **Yücel Ç.** Postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlarının ve başatme durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006**.
161. **Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Kılıç N, Tezcan E.** Antidepresan ilaçların cinsel işlev üzerine etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **2000**;10(2):97-102.
162. **Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJ, Doesburg WH, Lemmens WA, Berden JH.** Sexual dysfunction after renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis*, **2000**;35(5):845-51,
163. **Doumas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, Kanellakopoulou K, Giamarellou H.** Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *Journal of Hypertension*, **2006**;24(12):2387-2392.
164. **Yıldız H, Pınar R.** Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **2004**;4(4):309-317.
165. **Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F.** Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **2001**;62(3):10-21.
166. **Brown TER, Luisi AF.** Male and female sexual dysfunction. *American College Of Clinic Pharmacy*, **2006**:282-288.
167. **Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM.** Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*, **1999**;56(2-3):201-208.
168. **Phillips NA.** Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. *American Family Physician*, **2000**;62:127-136,141-142.
169. **Doğan E.** Evli boşanmışlarda yalnızlık, depresyon, benlik saygısı ve denetim odağı inancı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **1998**.
170. **Parish WL, Luo Y, Laumann EO, Kew M, Yu Z.** Unwanted sexual activity among married women in urban China. *Journal of Sex research*, **2007**;44(2):158-171.

171. **Rosen RC, Althof S.** Impact of premature ejaculation: The psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. *The Journal of Sexual Medicine*, **2008**;5(6):1296-307.
172. **Schag CA, Ganz PA, Polinsky ML, Fred C, Hirji K, Petersen L.** Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **1993**;11(4):783-793.
173. **Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J.** Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, **1998**; Nov15,83(10):2130-2138.
174. **Gerard D.** Sexual functioning after mastectomy: life vs. lab. *J Sex Marital Ther*, **1982**;8(4):305-15.
175. **Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA.** Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst*. **2000**;92(17):1422-1429.
176. **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.
177. **Schover LR.** Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Monogr Natl Cancer*, **1994**; Inst6:177-182.
178. **Spencer SM, Lehman JM, Wynings C et al.** Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early stage patients. *Health Psychol*, **1999**;18:159-168.
179. **Burwell SR, Case D, Kaelin C, Avis NE.** Sexual Problems in Younger Women After Breast Cancer Surgery. *Journal of Clinical Oncology*, **2006**;24(18):2815-2820.
180. **Young-McCaughan S.** Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nurs*, **1996**;19:308-319.
181. **Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Desmond KA** Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors, **1998**;152:396-411.
182. **Berglund G, Nystedt M, Bolund C, et al.** Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomised study. *J Clin Oncol*, **2001**;19:2788-2796.
183. **Mannor B, Zohar H.** Sexual functioning and information needs in women with premature menopause following breast cancer treatment. *Harefuah*, **2006**;145(2):90-94.
184. **Wilmoth MC, Coleman EA, Smith SC, Davis C.** Fatigue, weight gain, and altered sexuality in patients with breast cancer: Exploration of a symptom cluster. *Oncology Nursing Forum*, **2004**;31(6):1069-1075.
185. **Martin-Diaz, F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R.** Sexual function and quality of life in hemodialysis male patients. *Nefrologia*, **2006**;26(4):452-60.
186. **Karakaya N.** Düzenli hemodiyalize giren hastalarda cinsel fonksiyon ve cinsel fonksiyonu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006**.
187. **Ojomu F, Thacher T, Obadofin M.** Sexual problems among married Nigerian women. *International Journal of Impotence Research*, **2007**;19(3):310-316.

- 188.**Parish WL, Luo Y, Laumann EO, Kew M, Yu Z.** Unwanted sexual activity among married women in urban China. *Journal of Sex research*, **2007**;44(2):158-171.
- 189.**Doğan E.** Evli boşanmışlarda yalnızlık, depresyon, benlik saygısı ve denetim odağı inancı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **1998**.

EKLER

EK – 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu form Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarını Etkileyen Faktörlerin incelenmesi amacıyla düzenlenmiştir. Soruları eksiksiz ve içtenlikle yanıtlamanız araştırmamız açısından önemlidir. Sorulara vereceğiniz cevaplar araştırma dışında kullanılmayacaktır ve gizli kalacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz:
 - () Okur-yazar değil
 - () İlköğretim
 - () Lise
 - () Üniversite
3. Mesleğiniz
4. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?
 - () Evet
 - () Hayır
5. Sosyal güvenceniz:
 - () Var (lütfen yazınız).....
 - () Yok
6. Ailenizin ortalama aylık geliri:
 - () 400 YTL den daha az
 - () 400-600 YTL
 - () 600-1000YTL
 - () 1000 YTL den fazla
7. Çocuğunuz var mı?
 - () Hayır
 - () Evet (kaç tane).....
8. Eşiniz ile nasıl evlendiniz?
 - () Görücü usulü ile evlendik.
 - () Aile baskısı nedeni ile evlendik.
 - () Önceden birbirimizi tanıyarak ve severek evlendik.
9. Eşinizin yaşı:.....

10. Eşinizin eğitim durumu:
 Okur-yazar değil
 İlköğretim
 Lise
 Üniversite
11. Eşinizin mesleği:.....
12. Yaşadığınız yer:
 Köy
 İlçe
 İl
 Diğer (lütfen yazınız).....
13. Düzenli adet görüyor musunuz?
 Menopozdayım
 Evet düzenli
 Hayır düzensiz
14. Ne kadar süredir adet görmüyorsunuz?
 1-5 yıl
 6 yıl ve üzeri
15. Ne kadar süre önce meme kanseri tanısı konuldu?.....(gün/ay/yıl)
16. Hastalığınızın evresi nedir?
 Evre I Evre II Evre III Evre IV
17. Operasyon geçireli ne kadar oldu?..... (gün/ay/yıl)
18. Geçirdiğiniz operasyonun türü nedir?
 Basit mastektomi
 Modifiye radikal mastektomi
 Radikal mastektomi
 Lumpektomi
 Parsiyel mastektomi
19. Operasyon geçirdiğiniz memeniz için protez kullanıyor musunuz?
 Evet
 Hayır
20. Estetik amaçlı bir operasyon geçirdiniz mi?
 Evet
 Hayır

21. Tanı konduktan sonra size uygulanan tedavi / tedavilere ilişkin aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız:

	Şu an için	
	Kaç kez	Süre
Kemoterapi		
Radyoterapi		
Hormon tedavisi		
Biyolojik tedavi		

22. Şu anda uygulanan tedavi/tedavilerin sizde oluşturduğu yan etkiler var mı?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Saç dökülmesi
- Ağız yaraları
- Tat almada azalma
- Koku almada azalma
- İshal
- Kabızlık
- Bulantı- kusma
- İştahsızlık
- Yorgunluk/halsizlik
- Kilo değişikliği
- Adet düzensizliği
- Diğer (lütfen yazınız).....
- Tedavilerden kaynaklı sıkıntı yaşamıyorum.

23. Hastalığınız sonrasında aileniz ve çevreniz sizi ne kadar destekledi?

Destek Kaynakları	Destek Düzeyi			
	Hiç	Az	Orta	Çok
Aile				
Arkadaş				
Akraba				

24. Hastalığınızdan sonra aşağıda belirtilen yaşam tarzınızda bir değişiklik oldu mu?
(lütfen işaretleyiniz)

Yaşam Tarzı Durumları	Değişiklik Olma Durumu	
	Olmadı	Oldu (lütfen açıklayınız)
Giyim tarzı		() mememi ortaya çıkarmayan daha bol kıyafetler giyiyorum () başımı örten şapka/eşarp kullanıyorum () diğer.....
İş hayatı / ev işleri		() emekli oldum/ emekli olmaya karar verdim () ev işlerimi eskisi gibi yapamıyorum, ev işlerinde eşim / çocuklarım / akrabalarım yardımcı oluyor. ()diğer.....

25. Hastalığınızdan sonra psikiyatriste / psikologa gittiniz mi?

- () Evet
() Hayır

26. Kadın hastalıklarına yönelik geçirdiğiniz ameliyat / ameliyatlar var mı?

- () Yok
() Var (lütfen yazınız)

.....
.....

27. Bu hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı? (lütfen yazınız)

.....
.....

28. Sürekli kullandığınız ilaç / ilaçlar var mı? (lütfen yazınız)

.....
.....

EK – 2. KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Bu ankete verilen cevaplar yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirilecektir.

Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Cinsel aktivite: Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

Cinsel ilişki: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi

Cinsel uyarılma: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar.

Orgazm: Bızır, hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkânsızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm oldunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok çok zordu / imkânsızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmanız ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi.

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

EK – 3. İZİN YAZISI



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ETİK KURUL BAŞKANLIĞI
Mersin – Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI



Başvuru Tarihi ve Numarası	
Projenin Adı	"Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"
Sorumlu Araş.Ünvanı Adı Soyadı	Aydan ACAR
Araştırma Merkezi	
Destekleyici Firma	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih/Numara
	Başvuru Formu	
	Aydınlatılmış Onam Formu	
	Destekleyici Çalışmalar	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamalar Klavuzu /
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : / Tarih :
	Fakültemizde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" Araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın gerçekleştirilmesinde sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof.Dr. Orhan SEZGİN	İç Hastalıkları Gastroentoloji	ME.Ü.T.F İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof.Dr.İlter UZEL	Deontoloji	Ç.Ü.T.F Deontoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof.Dr. Bahar TUNÇTAN	Eczacılık Farmakoloji	ME.Ü.Ecz.F Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Prof.Dr. Öznur DÜZOVALI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	ME.Ü.T.F Çoc.Sağ.ve Hast.A.D	K	E H	E H	
Doç.Dr.Gülçin ESKANDARI	Biyokimya	ME.Ü.T.F Biyokimya A.D.	K	E H	E H	
Doç.Dr. Kemal YAZICI	Psikiyatri	ME.Ü.T.F Psikiyatri A.D.	E	E H	E H	
Doç.Dr.Kemal GÖRÜR	Kulak Burun Boğaz	ME.Ü.T.F KBB A.D.	E	E H	E H	
Doç.Dr. Demir APAYDIN	Radyoloji	ME.Ü.T.F Radyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç.Dr. Ayşe POLAT	Patoloji	ME.Ü.T.F Patoloji A.D.	K	E H	E H	
Doç.Dr.Tahsin ÇOLAK	Genel Cerrahi	ME.Ü.T.F Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç.Dr. Hakan ÖZTÜRK	Anatomi	ME.Ü.T.F Anatomi A.D.	E	E H	E H	
Yrd.Doç.Dr. Nursel GAMSIZ BİLGİN	Adli Tıp	ME.Ü.T.F Adli Tıp A.D.	K	E H	E H	
Yrd.Doç.Dr. İsmail ÜN	Farmakoloji	ME.Ü.T.F Farmakoloji A.D.	E	E H	E H	

* Araştırma ile ilişki

** Toplantıda Bulunma



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Onkoloji Bilim.Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2.ME.Ü.0.01.00.04-09-09/ 20-1598

Tarih: 23.08.2007

Konu : Anket Uygulama İzni


ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ:17.08.2007 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.01.00.00/4428 sayılı yazınız.
İlgi yazıda belirtilen 'Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi' konulu tez çalışmasının anket uygulamasının hasta tedavilerini ve poliklinik işleyişini aksatmayacak şekilde yapılmasında sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Hüseyin ABALI
Onkoloji Bilim Dalı Bşk. V.


Prof. Dr. Atilla YALÇIN
Anabilim Dalı Başkanı


Prof. Dr. Ahmet İLVAN
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ	
27 Ağustos 2007	
36911	

Form No: İÇH-FR-01

Form Yay. Tarihi: 07.04.2004

Form Rev. Tarihi: 25.04.2006

Form Rev No: 00

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1976 yılında Ankara'da doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Elmadağ'da tamamlamıştır. 1994 yılında Hasanoğlan Atatürk Anadolu Öğretmen Lisesi'nden mezun olmuş, 1995 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunu kazanmıştır. 1999 yılında itibaren çalışma hayatına başlamıştır. Halen Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans eğitimine devam etmekte ve Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Hemşirelik Hizmetleri Koordinatör yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

