



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MEME KANSERİ TANISI ALAN KADINLARDA
ANKSİYETE, DEPRESYON VE CİNSEL YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emel GÜVEN

**Samsun
Ocak-2019**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MEME KANSERİ TANISI ALAN KADINLARDA
ANKSİYETE, DEPRESYON VE CİNSEL YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emel GÜVEN

Danışman

Doç. Dr. Birsen ALTAY

Samsun

Ocak-2019

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Emel GÜVEN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Birsen ALTAY danışmanlığında hazırlanan 'Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Anksiyete, Depresyon Ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi' başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından //2018 tarihinde yapılan sınav ile Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCİ

Üye : Sinop Üniversitesi, Doç. Dr. Huriye Demet CABAR

Üye : Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Doç. Dr. Birsen ALTAY(Danışman)

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... /.../2018

Prof.Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez araştırmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım, desteklerini ve emeklerini esirgemeyen ve güç aldığım tez danışman hocam Sayın Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocalarım Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nuran Mumcu'ya,

Araştırmam boyunca istatistik alanında her zaman bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren Sayın Dr. Öğr. Üyesi Naci MURAT'a,

Araştırmam boyunca desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Arş. Gör. Dilek ÇELİK EREN, Arş. Gör. Özge ÖZ YILDIRIM, Arş. Gör. Mesiya AYDIN, Arş. Gör. Güven SONER, Arş. Gör. Mehmet KORKMAZ, Arş. Gör. Ayşe ÇAL ve Arş. Gör. Alaattin ALTIN'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden kıymetli hastalara,

Kemoterapi Ünitesi çalışanlarına,

Beni cesaretlendiren, her daim sevgisini ve desteğini yürekten hissettiğim lisans arkadaşlarım Arş. Gör. Hilal ALTUNDAL ve Arş. Gör. Tuğba ÇAM'a,

Beni yetiştiren ve hayatım boyunca beni destekleyen, anlayışını, emeğini ve sevgisini esirgemeyen canım babam Halim GÜVEN'e,

Yanımda her zaman bulunup sevgisini ve desteğini samimi olarak hissettiğim canım arkadaşım Melek GÜVEN'e çok teşekkür ederim.

Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi lisansüstü tezleri destekleme projeleri kapsamında PYO.SBF.1904.18.002 kodlu proje olarak desteklenmiştir.

ÖZET
**MEME KANSERİ TANISI ALAN KADINLARDA ANKSİYETE,
DEPRESYON VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

Amaç: Bu araştırmada amaç meme kanseri tanısı alan kadınlarda anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam kalitesini incelemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılan bu araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesi Kemoterapi Ünitesine günü birlik ilaç tedavisi için Kasım 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında başvuran 240 meme kanserli kadın, örneklemini ise bu tarihler arasında araştırmayı katılmayı kabul eden 180 meme kanserli kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, ortalama, Kruskal Wallis, Mann Whitney U ve Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izinleri alındıktan sonra, hastaların sözlü onamları alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada meme kanserli hastaların yaş ortalamasının 51,67±9,74 (min 25-max 65) yıl, kardeş sayısı ortalamasının 4,16±2,35 (min 1-max 11) olduğu, %50’si ilköğretim mezunu, %21,1’inin çalıştığı, %66,1’inin orta düzey gelire sahip olduğu, %48,3’ünün ilçede yaşadığı bulunmuştur. Hastaların %10,6’sının belirgin anksiyetede, %13,9’unun belirgin depresyonda olduğu saptanmıştır. Hastaların cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğu bulunmuştur. Meme kanserli kadınların anksiyetesini gelir durumu, yaşanılan yer, ameliyat olma durumu, sağlığını algılama durumu ve radyoterapi tedavisi alma durumu etkilerken; depresyonu yaşanılan yer, sağlığını algılama durumu ve radyoterapi tedavisi alma durumunun etkilediği belirlenmiştir. Cinsel yaşam kalitesini yaşanılan yer, ailesinde meme kanseri varlığı ve sağlığını algılama durumlarının etkilediği bulunmuştur.

Sonuç: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt ölçekleri ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azalacağı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete; Cinsel yaşam kalitesi; Depresyon; Meme kanseri.

Emel GÜVEN Yüksek Lisans Tez
Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ocak-2019

ABSTRACT
INVESTIGATION OF ANXIETY, DEPRESSION AND SEXUAL LIFE
QUALITY IN WOMEN WITH DIAGNOSIS OF BREAST CANCER

Aim: The aim is analyzing anxiety, depression and quality of life in women diagnosed with breast cancer.

Material and Method: The universe of this study, which was conducted in accordance with the descriptive research principles, has made 240 breast cancer women who applied to a university hospital chemotherapy unit between November 2017 and April 2018 for drug treatment, the sample included 180 women with breast cancer who agreed to participate in the study. The data were collected by using "Personal Information Form", "Hospital Anxiety and Depression Scale" and "Sexual Life Quality Scale". In the evaluation of data; percentage, mean, Kruskal Wallis, Mann Whitney U and Correlation analyzes were used. Verbal consent was obtained from the patients after obtaining the necessary institution permits to perform the study.

Results: In the study, the mean age of the patients with breast cancer was 52 (25-65) years, the mean number of siblings was 4 (1-11), 50% of them were primary school graduates, 21,1% worked and 66,1% of them were middle income and 48.3% lived in the district. 10.6% of patients had significant anxiety, 13.9% of patients had significant depression. It was found that the quality of sexual life of the patients was good. Anxiety is affected by the status of income, place, surgery, health perception status and radiotherapy; depression was affected by the status of place, health perception status and radiotherapy. It was found that sexual quality of life was affected by place, presence of breast cancer in the family and health perception status.

Conclusion: The quality of sexual life of the patients was good. There was a statistically significant negative correlation between the mean total score of Hospital Anxiety and Depression Scale and the mean total score of Sexual Life Quality Scale ($p<0,05$). As the level of anxiety and depression increased, the quality of sexual life decreased.

Keywords: Anxiety; Breast cancer; Depression; Quality of sexual life.

Emel GÜVEN Master Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, January-2019

SİMGELER ve KISALTMALAR

ANA: American Nurses Assosiation

CYKÖ: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

HADÖ: Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HADÖ-A: Anksiyete Alt Ölçeği

HADÖ-D: Depresyon Alt Ölçeği

KW: Kruskal Wallis testi

SD: Standart Sapma

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

U: Mann Whitney U testi

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Memenin Özellikleri	5
2.1.1. Memenin Anatomisi	5
2.1.2. Memenin Gelişimi ve Değişimi.....	6
2.2. Kanser	7
2.3. Meme Kanseri	7
2.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	7
2.5. Meme Kanserinin Risk Faktörleri.....	8
2.5.1. Yaşam Tarzı İle İlgili Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	8
2.5.2. Değiştirilemeyen Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	9
2.6. Meme Kanserinin Belirtileri	10
2.7. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Önemi	11
2.8. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri	11
2.8.1. Mamografi	11
2.8.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)	13
2.9. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	13
2.10. Meme Kanserinde Tedavi	14
2.10.1. Cerrahi Tedavi	15
2.10.2. Radyoterapi.....	15
2.10.3. Kemoterapi	15
2.10.4. Hormon Tedavisi	16
2.10.5. Hedefe Yönelik Tedavi (Biyolojik Tedavi).....	17
2.11. Meme Kanseri ve Psikolojik Sorunlar	17
2.12. Meme Kanseri ve Anksiyete	18

2.13. Meme Kanseri ve Depresyon	19
2.14. Meme Kanseri ve Cinsel Yaşam	20
2.15. Meme Kanseri ve Hemşirelik.....	21
3. MATERYAL VE METOD	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.3.1. Araştırmanın Evreni	23
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	23
3.3.3. Seçim Alınma/Dışlanma Kriterleri.....	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	24
3.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	24
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	24
3.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ).....	25
3.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ).....	26
3.6. İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	27
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
6.1. Sonuçlar.....	44
6.2. Öneriler	45
KAYNAKLAR	46
EKLER	58
EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	58
EK-2: HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	59
EK-3: CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	61
EK-4: ETİK KURUL ONAY FORMU	63
EK-5: KURUM İZİNİ	64
ÖZGEÇMİŞ	65

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Küresel kanser yükünün 2018 yılında 18,1 milyon yeni vakaya ve 9,6 milyon ölüme yükseldiği tahmin edilmektedir. Dünya çapında 5 erkekten ve 6 kadından biri hayatı boyunca kansere yakalanmakta ve 8 erkekten ve 11 kadından biri bu hastalıktan ölmektedir. Dünya genelinde, kanser tanısı alan ve 5 yıl içinde yaşayan toplam insan sayısının 43,8 milyon olduğu tahmin edilmektedir. (GLOBOCAN, 2018).

Küresel olarak 2018 yılında insidansı en yüksek ilk üç kanser türü arasında akciğer, kadında meme ve kolorektal kanserler yer almaktadır. Bu tür kanserler mortalite açısından da ilk beşte yer almaktadırlar. Ayrıca bu kanser türleri dünya genelinde kanser insidansının ve kansere bağlı ölümlerin üçte birini oluşturmaktadır (GLOBOCAN, 2018).

Meme kanseri kadınlarda ölüm nedenleri sıralamasında % 6,6'lık oranla (627 bin ölüm) beşinci sırada yer almaktadır. Dünya çapında kadınlarda teşhis edilen bütün yeni kanser vakalarının yaklaşık dörtte biri meme kanseridir. Kadınlarda kansere bağlı ölümlerin % 15'ini oluşturan meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2018).

Türkiye'de tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde %24,6 oranı ile meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. 15-24 yaş aralığındaki kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde %4,9 ile meme kanseri 7.sırada yer almaktadır. 25-49 yaş aralığındaki kadınlarda ise %33,7 oranı ile birinci sıradadır. 50-69 yaş aralığındaki kadınlarda %25,4 ile ilk sıradadır. 70 yaş üzerinde ise %14,6 oranı ile ilk sıradadır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Kadınlarda görülme sıklığı yüksek olan meme kanseri, zorlu hastalık sürecinin yanında bireylerde psikolojik ve cinsel sorunlara da neden olabilmektedir (Krychman ve ark., 2011; Amerikan Psychological Association, 2018).

Kanser tanı ve tedavisi ile yaşamının duygusal stresi ve tekrarlama korkusu ile yaşamının getirdiği sıkıntı, kanserle yaşayan bireyler için kötüleşen bir psikolojik durum oluşturmaktadır (Bayraktar, 2011). Meme kanserinde de kadınlar genellikle uzun bir tedavi sürecine başlarken yeni sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Hastalar hastalığın semptomları, tedavisi ve prognozu nedeniyle çok endişeli olabilmekte ve yorgunluk hissedebilmektedir. İşyerlerinde ayrımcılıkla karşılaşabilmektedir. Buna

benzer faktörler kronik strese, anksiyeteye ve depresyona nedenolabilmektedir (Amerikan Psychological Association, 2018). Psikolojik sorunların yanında meme kanserine yakalananların yaklaşık %75'i geçici ya da kalıcı kişilerarası cinsel kaygılar yaşamaktadır. Tedavi sonrası fiziksel değişikliklerin etkisiyle vücut görüntüsü ile birlikte meme veya cinsel organların erojen (haz alma) duyularında potansiyel kayıp, eş sorunları ve buna bağlı cinsel yaşam kalitesinde düşmeler görülebilmektedir (Streicher ve Simon, 2018).

Önemli bir sayıdaki meme kanseri tanısı alan hastalarda kanser teşhisinin oluşturduğu şok anksiyete durumunu tetiklemektedir. Anksiyete durumunu teşhis etmek zor olsa da uyku bozukluğu, sinirlilik, terleme, titreme, mide bulantısı, çarpıntı, bozulmuş konsantrasyon, kararsızlık ve spontan panik ataklar anksiyetenin belirtileri arasındadır. Semptomlar teşhis koyulmadan önce dört hafta boyunca mevcut olmalıdır ancak çoğu kadın meme kanseri teşhisi konulduğunda akut bir anksiyete yaşar ve bu durum acil tedaviyi gerektirebilmektedir (Rogers and Turner, 2011; Ramani ve ark, 2017).

Kore genelinde bulunan beş kanser merkezini kapsayan ve 400 kanser hastasının katıldığı bir araştırmaya göre anksiyete prevalansı %17,1 bulunmuştur (Shim ve ark., 2018). Li ve arkadaşlarının 2018 yılında 290 meme kanserli hastada yaptığı araştırmaya göre hastaların anksiyete puanları %79,0'ı hasta olmayan, % 15,0'ı sınırdaki hasta ve %5,3'ü belirgin hasta olarak değerlendirilmiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının (2009) yeni tanı konulmuş meme kanserli 84 kadında yapılan prospektif bir araştırmada hastaların cerrahi tedavi öncesi, cerrahi tedavi sonrası 1-3 ay ve 9-12 ay arasında sırasıyla anksiyete oranları %33,3, %35,7 ve %28,6 olarak bulunmuştur.

Kanserde görülen en yaygın ikinci mental sağlık bozukluklarından birisi de depresyondur. Kanser hastalarında depresyon görülme riski genel toplumdan üç kat daha fazladır (Mental Health Foundation, 2018). Kanser hastalarında depresyon görülme sıklığı tümörün türüne, hasta popülasyonuna ve tanı kriterlerine göre farklılıklar göstermektedir. Kansere uyum güçlüğü ve çaresizlik algısı depresyon gelişiminde en önemli nedenlerdendir. Ölüm korkusu, çaresizlik, yaşam beklentilerinin tehlikede olması, bireyin otonomisini kaybedeceği, çevreye bağımlı olacağı, fiziksel yıkım olacağı gibi düşünce ve kaygılar, depresyon gelişiminde önemli rol oynayan düşünce ve duygulardır (Bayraktar, 2011). Meme kanseri teşhisi konulduktan sonra

majör depresyon riski genç hastalarda, öncesinde psikiyatrik bir hastalığı olanlarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük olup aynı zamanda çalışmayanlarda daha fazladır. Depresyonu olan meme kanserli hastalar arasında azalmış libido, zayıf beden imajı ve ilişki sorunları yaygın olarak görülmektedir (Runowicz ve ark, 2016).

Ayaktan tedavi alan onkoloji bölümüne başvuran 18 ve üzeri yaşta 152 meme kanseri hastasına yaptıkları bir araştırmada kadınların %38,2'sinde, 70 ve üzeri yaş grubunun %58,3'ünde, kırsalda yaşayanların %55,2'sinde, dul kadınların %55,6'sında, hiç çocuğu olmayanların %43,8'inde, eğitim düzeyi 9 yıl ve altı olanların %54,1'inde, mastektomi olanların %38,7'sinde, radyoterapi alanların %45,8'inde depresyon saptanmıştır (Tsaras ve ark., 2018). Yıldırım ve arkadaşlarının (2009) yeni tanı konulmuş meme kanserli 84 kadında yapılan prospektif bir araştırmada hastaların cerrahi tedavi öncesi, cerrahi tedavi sonrası 1-3 ay ve 9-12 ay arasında sırasıyla depresyon oranları %40,5, %42,9 ve %44,0 olarak bulunmuştur (Yıldırım ve ark., 2009). Meme kanserinde depresyonun yanında cinsel sorunlar da yaşanabilmektedir (Streicher ve Simon, 2018).

Meme kanserini araştıran bir dizi araştırma hastalığın tanı ve tedavisinin cinsel işlevi, cinsel duyguyu ve cinsel beden imajını olumsuz etkilediğini saptamıştır. Meme kanserli kadınlar cinsel istekte, uyarılmada ve orgazmik kapasitede azalma, vajinal fizyoloji bozukluğu ve kadınlık hissinde azalma deneyimleyebildiği sonucu bulunmuştur (Krychman ve ark., 2011). Kemoterapi tedavisi östrojen seviyelerini azaltabilmekte ve primer yumurtalık yetmezliğine neden olmaktadır. Bu durumda yumurtalıklar hormon üretmez ve yumurtaları atamaz. Bu rahatsızlığa bağlı sıcak basmaları, adet döngülerinin düzensiz ya da hiç görülmemesi ve vajinal kuruluk belirtileri cinsel ilişkiyi zor ya da ağrılı yapabilmektedir. Kemoterapi aynı zamanda vajinal dokuda yaralara da neden olabilmektedir (Vural, 2011; National Cancer Institute, 2018).

Almont ve arkadaşlarının 2017 yılında 200 kanser hastasına yaptıkları araştırmaya göre cinsel olarak aktif olan hastaların kanser teşhisinden sonra %58'inde cinsel ilişki sıklığında azalma ya da cinsel aktiviteyi tamamen durdurma durumları saptanmıştır (Almont ve ark., 2017). Kemoterapi ya da hormon tedavisi alan 100 meme kanserli hasta ve eşlerinin katıldığı bir araştırmada hastaların %12'si cinsellikten uzak

durma, %10'u cinsel yönden memnun olamama, %17'si vajinusmus, %34'ü anorgazm ve %15'i cinsel temas kurmada problem yaşamıştır (Alacacıoğlu ve ark., 2014).

Hemşireler hastanede, toplumda ya da bir bakımevi gibi pek çok yerlerde meme kanserli hastalarla karşılaşmaktadır. Hemşireler meme kanseri olan kadınlar için sadece fiziksel olarak bakım sağlamada değil aynı zamanda duygusal ve cinsel konularda da destek sağlamada büyük rolleri vardır. Hemşireler meme kanserli kadınlarda anksiyete, depresyon ve cinsel yaşama yönelik sorunlara karşı dikkatli olmalıdır çünkü bu tür sorunlar birbiri ile ilişkili olup meme kanserli kadınları olumsuz etkilemektedir (Demirkıran, 2011; Sumner, 2011; Vural 2011).

Literatürde meme kanserli kadınlara yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunda anksiyete ve depresyon birlikte ele alınmıştır ancak literatürde meme kanserli kadınlarda anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam kalitesinin birlikte incelendiği araştırma sınırlı sayıdadır. Bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma meme kanseri tanısı alan kadınlarda anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1.Meme kanseri tanısı alan kadınların sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- 2.Meme kanseri tanısı alan kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri nasıldır?
- 3.Meme kanseri tanısı alan kadınların cinsel yaşam kalitesi nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Özellikleri

Meme dokusunun temel fonksiyonu laktasyon diğer bir ifade ile süt sekresyonu ile yenidoğan bebeği beslemektir. Süt salgılayan bir organ olarak memeler işlevsel açıdan bebeğin hayatı için önemlidir. Emzirme, doğumdan sonra anne için uterusun involüsyonunda yararlı olduğu gibi bebeğe sütle geçen bazı bağışıklık faktörlerinin geçişi yönünden önemlidir. Bu önemli özelliğin hem bebek hem de anne için birden çok faydaları bulunmaktadır. Anne açısından meme dokusu, gebelik tamamlandıktan sonra laktasyon sırasında tam diferensiyasyona (hücre farklılaşmasına) uğramaktadır. Böylelikle, gebelik hormonlarına maruz kalmamış indifferansiye (farklılaşmamış) meme dokusuna kıyasla kanserojenlere karşı direnç kazanmış olmaktadır. Bebek açısından ise anne sütünü emmesi hem beslenmesi için hem de annenin immün sisteminin transferi nedeniyle önemlidir. (Kaymakçı, 2010; Cabioğlu, 2012; National Breast Cancer Foundation, 2018). Meme başları erektil dokuya sahiptir ve kadının cinsel yaşamında önemli rol oynar (Elmore, 2016).

2.1.1. Memenin Anatomisi

Meme toraks üzerinde vertikal olarak 2.ila 6. kostalar arasında, medialde sternum, lateralde ön aksiler çizgi arasında aksillaya doğru uzantısı olan bileşik alveoler bir bezdir. Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör kası üzerinde, üçte birlik bölümü ise serratus anterior kası üzerinde bulunmaktadır (Kaymakçı, 2010; Fadıoğlu ve Yeşilbakan, 2011).

Memeler bağ dokusu ya da fasya ile kaslara bağlanırlar. Memenin glandüler yapısı koltuk altına doğru kuyruk şeklinde uzanır. Erişkin sağlıklı bir kadında memeler simetriktir. Ancak büyüklük ve şekli eşit olmayabilmektedir. Memenin şekli ırklara ve kişilere göre farklı olabildiği gibi, aynı kişide farklı yaşlarda değişiklikler görülebilmektedir (Fadıoğlu ve Yeşilbakan, 2011).

Yetişkin bir kadında meme yuvarlak, küresel ya da koni şeklindedir. Memelerin ölçüsü ve şekli; kadının yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, gebelik, laktasyon ve menstruasyon durumuna bağlı olarak değişiklikler gösterir. Normalde 150-200 gr ağırlığındadır ancak laktasyonda bu ağırlık 400-500 gr'a ulaşır (Grimsey, 2011).

Meme dıştan içe doğru; deri, derialtı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur. Memenin esas glandüler dokusu parankima dokusudur. Diğer destek dokular ise; stroma

olarak isimlendirilen yağ dokusu ve fibröz dokusudur. Her bir meme glandı 15-20 loptan oluşmaktadır. Her lob sekresyon hücrelerinin oluşturduğu 20-40 lobünden, her lobül 10 ile 100 alveolden (asinus) oluşmaktadır. Loblar üzüm salkımı görünümündedir ve kendilerine ait kanallarla meme başına açılırlar (Kaymakçı, 2010, National Breast Cancer Organization, 2018).

Meme başı genellikle 4.kosta ve memenin merkezinde bulunmaktadır. Sinir uçlarından çok zengin olup, yağ ve ter bezlerini de barındırmaktadır. Tepesinde ‘‘apertura duktuli laktiferi’’ denilen 15-20 delik bulunmaktadır. Derisi kahverengi pigmentli ve buruşuktur. Papillanın etrafındaki koyu renkli yuvarlak bölüm ‘‘areola mama’’ olarak isimlendirilir. Yüzeyinde yağ bezleri olarak görev yapan montgomery bezleri bulunmaktadır. Montgomery bezlerinin salgıları emzirme esnasında derinin kuruyup çatlamasını engeller. Areolanın rengi gül pembesi ile açık kahverengi arasında bir renktir. Hamilelik sürecinde kahverengiye döner (Taşkın, 2016).

2.1.2. Memenin Gelişimi ve Değişimi

Yenidoğanda meme geçici olarak memeler memebaşı ya da areola kompleksi altında hafif bir kabarıklık olarak hissedilebilmekte ve az miktarda kolostrum benzeri bir süt salgılanabilmektedir. Telarşla (meme gelişimi) beraber başlayan ergenlik çağıyla beraber kız çocuklarında memenin gelişimi de başlamış olur. Telarş yaşı zamanla daha erken olmaktadır. Telarşın ilk belirtisi ‘‘meme tomurcuğu’’ denilen memebaşı altında hissedilen ele gelen kitledir (Cabioglu, 2012).

Memenin son olgun görünümünü alması pubertenin başlamasından 3-4 yıl sonrasında gerçekleşir. Bu dönemde her menstrual siklustaki hormonal faza göre memede minör değişiklikler olmaktadır. Her memenin volümü menstrual siklus boyunca 30-100 cc değişkenlik göstermektedir. Menstruasyon başlamadan volüm maksimumda iken, menstruasyonun 11. gününde minimumdur. Meme dokusu gebelik ve laktasyonda daha da büyüyerek gelişmekte, gerginliğe bağlı strialar deride görülmekte ve en fonksiyonel yapısına kavuşmaktadır (Grimsey, 2011; Cabioglu, 2012).Gebelikte memelerdeki değişiklikler, erken gebelikte başlar. Gebelik süresince prolaktin süt salgılanması için memeleri hazırlar ve laktasyonda süt yapımını ve salgılanmasını sağlar (Eryılmaz, 2015).

2.2. Kanser

Kanser anormal hücrelerin vücuda yayılarak normal sınırlarının dışında büyümesi ile özellik gösterir (DSÖ, 2018). Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından adı verilen kanser teriminin anlamı, organ ya da dokularda ki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalarak oluşturduğu kötü tümörlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Küresel kanser yükünün 2018 yılında 18,1 milyon yeni vakaya ve 9,6 milyon ölüme yükseldiği tahmin edilmektedir. Dünya çapında 5 erkekten ve 6 kadından biri hayatı boyunca kansere yakalanmakta ve 8 erkekten ve 11 kadından biri bu hastalıktan ölmektedir. Dünya genelinde, kanser tanısı alan 5 yıl içinde yaşayan toplam insan sayısının 43,8 milyon olduğu tahmin edilmektedir (GLOBOCAN, 2018).

Avrupa dünya nüfusunun % 9'unu oluşturmasına rağmen dünyadaki kanser vakalarının % 23,4'ünü ve kanser ölümlerinin ise % 20,3'ünü oluşturmaktadır. Amerika ise küresel nüfusun %13,3'ünü oluşturup küresel çapta kanser insidansının % 21'ini ve kanserden kaynaklı ölüm oranının da % 14,4'ünü oluşturmaktadır. Dünya genelinde kadında meme kanseri insidansı en yüksek ilk üç kanser arasında yer almaktadır (GLOBOCAN, 2018).

2.3. Meme Kanseri

Meme kanseri dokusundaki hücrelerin kontrolden çıkmasıyla ortaya çıkar. Kontrolden çıkan bu hücreler genelde röntgende görülebilen ya da kitle olarak hissedilebilen bir tümör oluşumu yaparlar. Hücreler kendisini çevreleyen dokularda büyüebilmekte ya da uzak bölgelere de metastaz yapabilmektedir. Meme kanseri çoğunlukla kadınlarda görülmesine rağmen erkeklerde de ortaya çıkabilmektedir. Bu tür kanser memenin farklı yapılarından başlayabilmektedir. Meme kanseri genelde, memenin ucuna (duktal kanserler) süt taşıyan kanallarda başlarken bazıları ise anne sütü yapan bezlerde başlar (lobüler kanserler) (American Cancer Society, 2018).

2.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kadında meme kanseri ölüm nedenleri sıralamasında % 6,6'lık oranla (627 bin ölüm) beşinci sırada yer almaktadır. Dünya çapında kadınlarda teşhis edilen bütün yeni kanser vakalarının yaklaşık dörtte biri meme kanseridir. Ayrıca meme kanseri Globocan 2018'de yer alan 185 ülkenin 154'ünde en yaygın görülenidir. Kadınlarda kansere bağlı ölümlerin % 15'ini oluşturan meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2018).

GLOBOCAN verilerine göre 2018 yılında ülkelere göre kadınlarda görülen meme kanseri vaka sayısı Kuzey Afrika'da 53 917, Güney Amerika'da 150 288, Kuzey Amerika'da 262 347, Doğu Asya'da 476 509, Batı Avrupa'da 169 640, Avustralya (Yeni Zelanda)'da 22 062'dir. Dünya genelinde kadınlarda yaşa standardize meme kanseri insidans oranları (100 000'de) Avustralya (Yeni Zelanda)'da 94,2, Batı Avrupa'da 92,6, Kuzey Avrupa'da 90,1, Kuzey Amerika'da 84,8, Güney Avrupa'da 80,3, Polinezya'da 70,5 ve Güney Amerika'da 56,8'dir. Yaşa standardize meme kanseri mortalite oranları (100 000'de) Melanezya'da 25,5, Polinezya'da 21,6, Kuzey Afrika'da 18,4, Karayip'te 18,1 ve Batı Afrika'da 17,8'dir.

Türkiye'de meme kanseri evrelerinin %45,5'i lokalize, %43'ü bölgesel ve %11,5'i de uzak metastazdır. Türkiye'de meme kanserinin yaşa standardize edilmiş hızı 43,8 olup kadınlarda en çok görülen kanser türüdür (Dünya Standart Nüfusu, 100,000 kişide). Türkiye'de tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde %24,6 oranı ile meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. 15-24 yaş aralığındaki kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde %4,5 ile meme kanseri 6.sırada yer almaktadır. 25-49 yaş aralığındaki kadınlarda ise %34,6 oranı ile birinci sıradadır. 50-69 yaş aralığındaki kadınlarda %24,7 ile ilk sıradadır. 70 yaş üzerinde ise %15,1 oranı ile ilk sıradadır. Tanı koyulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanserine aittir. Meme kanserinde tanı alma ortanca yaşı 53 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.5. Meme Kanserinin Risk Faktörleri

2.5.1. Yaşam Tarzı İle İlgili Meme Kanseri Risk Faktörleri

Alkol kullanmak meme kanseri riski ile ilişkilidir ve bu risk tüketilen alkol miktarı ile artmaktadır. Aynı zamanda çok fazla alkol tüketimi diğer kanserlere de yakalanma riskini artırmaktadır (Taşkın, 2016; American Cancer Society, 2018).

Menopoz döneminden sonra aşırı kilolu ya da obez olmak da meme kanseri riskini artırmaktadır. Menopozdan sonra yumurtalıklarda östrojen üretilmediği için östrojen artık yağ dokusundan yapılır. Menopozdan sonra yağ oranının fazla olması östrojen düzeyini artırabilmekte ve meme kanserine yakalanma ihtimalini artırabilmektedir. Aynı zamanda aşırı kilolu kadınlar kanda daha yüksek insülin düzeyinde olma eğilimindedir. İnsülin düzeyinin yüksek olması meme kanseri de dahil bazı kanserlerle de ilişkilidir (Grimsey, 2011).

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin özellikle menopoz sonrasında meme kanseri riskini azalttığına dair kanıtlar gün geçtikçe artmaktadır. Bazı araştırmalar haftada birkaç saat bile olsa faydalı olabileceğini bulmuştur. Yetişkinlerin haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta ya da 75 dakika şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapması önerilmektedir (American Cancer Society, 2018).

Çocuk sahibi olmayan veya ilk çocuğunu 30 yaşından sonra olan kadınlar biraz daha meme kanseri riskine sahiptir. Birçok gebeliğe sahip olmak ve erken yaşta gebe kalmak meme kanseri riskini azaltmaktadır. Fakat bazı meme kanseri türleri için hamileliğin etkisi farklı görünmektedir. Üçlü negatif olarak da bilinen belirli bir tipte meme kanseri için gebeliğin riski artırdığı görünmektedir (Taşkın, 2016).

Bazı doğum kontrol yöntemleri meme kanseri riskini artırabilecek hormonları kullanır. Çoğu araştırma doğum kontrol hapları hiç kullanmayanlara göre biraz daha yüksek meme kanseri riskine sahip olduklarını bulmuştur. Haplar kullanılmadığında, bu risk zaman içinde normale dönmektedir (Newcomb ve Wernli, 2010).

Menopoz sonrasında kombine hormon tedavisinin kullanılması meme kanseri riskini artırmaktadır. Meme kanserinden ölme ihtimalini de artırabilmektedir. Bu risk 2 yıl gibi bir zamanda görülebilmektedir. Ayrıca kanserin daha ileri bir aşamada da bulunma ihtimalini artırır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.5.2 Değiştirilemeyen Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanseri kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 100 kat daha yaygın görülmektedir. Yaşlanma ile birlikte meme kanseri riski de artmaktadır ve genelde 55 yaş üstündeki kadınlarda görülmektedir (Pennery ve ark., 2008; Henderson, 2015).

Kalıtsal meme kanserinin en yaygının nedeni, BRCA1 ya da BRCA2 genindeki kalıtsal bir mutasyondur. Normalde de bu genler hasarlı DNA'yı onaran proteinleri üretmeye yardımcı olur. Fakat bu genler mutasyona uğradığında kansere neden olabilen anormal hücre büyümesine yol açılabilmektedir (Newcomb ve Wernli, 2010; Parks, 2014).

Ailesinde meme kanseri hikayesinin olması kanser riskini etkilemektedir. Anne, kız kardeş ya da kızında meme kanseri olanlarda risk iki kat artmakta, birinci derece yakın olup 2 kişi de meme kanseri varsa risk 3 kat artmaktadır (Henderson, 2015). Bir memesinde kanser olan bir kadının diğer memesinde ya da aynı memesinin

başka bölümünde yeni bir kanser oluşma riski daha yüksektir. Bu risk düşük olmasına rağmen daha genç kadınlarda daha yüksektir (American Cancer Society, 2018).

Genelde beyaz tenli kadınlar Afrikalı-Amerikalı kadınlara göre daha fazla meme kanseri riski taşımaktadır. Fakat 45 yaşın altındaki Afrikalı-Amerikalı kadınlarda meme kanseri daha yaygın görülmektedir. Asya, İspanyol ve Kızılderili kadınlarında meme kanseri riski ve meme kanserine bağlı ölüm riski daha düşüktür (Henderson, 2015; Hiler ve ark., 2016).

Göğüsler yağlı, lifli ve glandüler dokudan oluşmaktadır. Daha çok glandüler, fibröz dokuya ve daha az yağlı dokuya sahip olması halinde yoğun meme dokusuna sahip olduğu söylenir. Yoğun meme dokusu mamografide kanseri görmeyi zorlaştırabileceği için risk 1,5 ile 2 kat artmaktadır. Meme yoğunluğunu yaş, menopoz durumu, bazı ilaçların kullanımı, hamilelik ve genetik gibi faktörler etkileyebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018; American Cancer Society, 2018).

Menstrual sıklusa özellikle 12 yaşından önce başlayıp daha fazla adet dönemi geçirmiş olmak meme kanseri riskini artırmaktadır. Bu riskteki artışın östrojen ve progesteron hormonlarına uzun süre maruz kalmaya bağlı olabileceği düşünülmektedir. Menopoza 55 yaşından sonra girmekte meme kanseri riskini artırmaktadır (Grimsey, 2011; Hiler ve ark., 2016).

Genç yaşlarda başka kanserler için (Hodgkin hastalığı ya da Hodgkin dışı lenfoma gibi) göğüs kemiğine uygulanan radyasyon tedavisi meme kanseri için önemli ölçüde daha yüksek risk taşımaktadır. Bu risk radyasyonun aldığımız yaşa göre değişiklik göstermektedir. Göğüsler gelişmekte iken alınan radyasyon meme kanseri için en yüksek risk oluşturmaktadır. 40 yaşından sonra uygulanan radyasyon tedavisinin meme kanseri riskini artırmadığı görülmektedir. (American Cancer Society, 2018; Grimsey, 2011)

2.6. Meme Kanserin Belirtileri

Meme kanserinde en sık görülen belirti yeni bir yumru ya da kitledir. Dağınık kenarları olan ağrısız, sert bir kitle varlığı kanser riskini daha da artırır fakat meme kanserleri yumuşak ya da yuvarlakta olabilmekte hatta acı da duyulabilmektedir. Bazı durumlarda koltuk altında ya da köprücük kemiği çevresindeki lenf düğümlerine de dağılabilmekte ve memedeki kitle saptanana kadar şişliğe neden olabilmektedir (Ramani ve ark., 2017).

Meme kanserinin diğer belirtileri ise;

- Kitle olmasa bile memenin tamamının ya da bir bölümünün şişmesi
- Deride tahriş ya da içe çökmesi, portakal kabuğu görünümü
- Memede ya da meme ucunda ağrı
- Meme ucunun içe doğru çekilmesi
- Meme ucunda ya da meme derisinde kızarıklık, pul pul döküntü ya da

kalınlaşma

- Meme ucunda anne sütü dışındaki akıntı
- Memelerden birinin diğerine göre anormal sarkık olması
- Üst kolda anormal şişlik
- Memeye yakın lenf bezlerinin büyümesi
- Meme derisinde buruşukluk, damarlanmada artma (Pennery ve ark, 2008;

American Cancer Society, 2017; Sağlık Bakanlığı 2018).

2.7. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Önemi

Meme kanserinin insan hayatı açısından taşıdığı riskler göz önüne alındığında erken tanının büyük önem taşıdığı görülmektedir. Erken tanı meme kanserinin tedavi olanağını artırmakla beraber; hastalığa bağlı gelişen ölümlerinde azaltılmasında etkili olmaktadır. (Fadıoğlu ve ark., 2011).

Erken tanı bireylerin bakıma ulaşmasındaki zorlukları azaltarak ve/veya bireylerin etkin tanı hizmetlerine erişimini sağlayarak kanser tedavisinin zamanında yapılmasını hedefler. Diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanserinde de erken tanının amaçları erken dönemde teşhis koyulan meme kanseri oranını artırmak, daha etkin bir tedavi almak ve meme kanserine bağlı ölüm riskini azaltmaktır (DSÖ, 2018).

Meme kanseri bazen semptomlardan sonra saptanır fakat meme kanserli çoğu kadın da semptom yoktur. Bu nedenle düzenli olarak meme kanseri taraması çok önemlidir (American Cancer Society, 2018).

2.8. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri

2.8.1. Mamografi

Meme kanserinde erken tanıyı sağlayacak yöntemler çok büyük önem taşır. Yapılan araştırmalara göre erken evre nonpalpabl lezyonların saptanmasında mamografi diğer noninvaziv tekniklerle karşılaştırıldığında yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip

bir görüntüleme yöntemidir. 1cm ve altındaki küçük çaplı tümörleri, insutu duktal karsinom evresindeki lezyonları tespit etme gücüne sahiptir. Bu nedenle asemptomatik olgularda meme kanseri ele gelmediği küçük boyutlarda yakalayabilmek için başvurulan en önemli tanı aracı mamografidir (Cavanaugh and McNally, 2010).

Yaygın ve kolay uygulanabilir olması, tekrarlanabilir olması, yüksek sensitivite ya da spesifite, sağlıklı kadınların zarar görmemesi, morbidite ve mortalitede azalma ve düşük maliyetli olması mamografi yönteminin etkinliğini göstermektedir (Oktay, 2012). Ortalama risk altındaki kadınlara yapılan mamografi tarama önerisi şu şekildedir; 40-44 yaş aralığındaki kadınlar için yılda bir kez mamografi ile taramaya başlayabilme, 45-54 yaş aralığındaki kadınlar için her yıl mamografi ile tarama yaptırmayı, 55 yaş ve üstü kadınlar her yıl bir mamogram yapılabilmekte ya da yıllık mamogramlara devam etmeyi seçebilmektedir. Taramalar kadınların sağlığı iyi olduğu sürece devam etmelidir. Bu taramalarla kadınların 10 yıl ya da daha fazla süre uzun yaşaması beklenir (American Cancer Society, 2018). Sağlık Bakanlığı (2018) 40 yaşından sonra kadınların iki yılda bir mamografi çektirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Türkiye’de 15 yaş ve üzeri kadınların %9,0’ı son bir yıl içerisinde, %7,1’i 1 yıldan çok, 2 yıldan az, %3,6’sı 2 yıldan çok, 3 yıldan az, %4’ü 3 yıldan çok, 5 yıldan az, %5,2’si 5 yıldan fazla sürede mamografi çektirmiştir, %71,1’i ise hiçbir zaman mamografi çektirmemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Açıkgöz ve arkadaşlarının (2015) araştırmasına göre hastanede çalışan kadınların (sağlıklı olmayanlar) %36’sının mamografi hakkında bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Aksoy ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada mamografi çektirme durumunun evli ve sağlık güvencesi olan kadınlarda daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Babuş ve Eser’in (2017) kentsel ve yarı kentsel iki bölgede yaptıkları çalışmaya göre yarı kentsel bölgede yaşayan kadınların %26,0’ı hayatında hiç mamografi çektirmezken, kentsel bölgede yaşayan kadınların da %48,6’sı hiç mamografi çektirmemiş. Aile hekimi tarafından önerilen mamografiyi son bir yıl içinde yarı kentsel bölgede uygulayan kadınların oranı %77,8 iken kentte uygulayan kadınların oranı %54,5’tir. Yarı kentsel bölgede kadınların %80,5 ile en fazla hekim tavsiyesi ile çektirilirken, kentsel bölgede oran %30,5’dir. Arkadaş tavsiyesi ile mamografi çektirenler yarı kentsel bölgede %7,0 iken kentsel bölgede %72,4’tür.

2.8.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Temel tarama yöntemi olan mamografinin etkinliğini artırmak için mamografi yapılan her kadına klinik meme muayenesi de yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Klinik meme muayenesi pek çok farklı tipte anormallik ve uyarı belirtilerini tanımak için eğitilmiş bir sağlık profesyoneli tarafından yapılır (Goodson, 2010; National Breast Cancer Foundation, 2016). 20 yaşını geçen her kadın iki yılda bir sağlık personeline muayene olmalıdır. 40 yaşını geçen kadınlar ise her yıl sağlık personeline muayene yaptırması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

İlhan ve arkadaşlarının (2014) sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerine yaptığı araştırmada KKMM eğitimi alanların %13,8'i eğitim almayanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla klinik meme muayenesi yaptırdığı belirlenmiştir. Provencher ve arkadaşlarının (2016) yaptığı retrospektif araştırmasına göre tanı koyulan meme kanserlerinin %54'8'ine hem mamografi hem de klinik meme muayenesi uygulaması, %36,5'ine mamografi uygulaması, %8,7' sine ise sadece klinik meme muayenesi uygulaması ile meme kanseri teşhisi koyulmuştur. Kolombiya'da yapılan bir araştırmaya göre tarama mamografisi ile eş zamanlı kullanılan klinik meme muayenesinin duyarlılığı büyük ölçüde artırdığı saptanmıştır. Özellikle de tarama öyküsü zayıf ve düzenli tedaviye erişimi düşük olan bireylerde mamografi ile birlikte klinik meme muayenesinin kullanılması meme kanseri taraması için uygun bir strateji olabilmektedir (Albaa ve ark., 2018).

2.9. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Tarama yöntemleri kadınlar tarafından yeterince benimsenmemekte ya da yeterli olmamaktadır. Bu nedenle yıllarca erken tanı yöntemleri arasında sayılan ancak artık erken tanı yöntemi olarak kabul edilmeyen KKMM meme kanserini tespit etmek için kullanılan etkin bir yöntemdir. KKMM'nin anksiyeteye yol açıyor olması, yanlış pozitif oranları, bu yöntem ile kanser tespit edildiğinde artık ileri evrede olmuş olması vb. nedenlerden dolayı erken tanı yöntemleri arasında yer almamaktadır. Fakat gelişmekte olan ülkelerde kadının kendi meme dokusunu tanınması, kadının diğer tanı yöntemlerini çok fazla kullanıyor olamaması ya da bu yöntemlere ulaşım imkanlarındaki sınırlılıklar nedeni ile kendi kendine meme muayenesi hala önemini korumaktadır. Kişiyi kendi kendine meme muayenesinden bahsederken mutlaka klinik meme muayenesi ve mamografi ön planda tutulmalı ve sadece kendi kendine meme

muayenesine güvenerek taramaları ihmal etmemesi gerektiği vurgulanmalıdır (Thompson ve Stopeck, 2008; Goodson, 2010; Gürsoy ve Candaş, 2016).

Kendi kendine meme muayenesinin tarama kapsamında etkisinin bir kanıtı bulunmamaktadır. Fakat KKMM yapmanın kadınları kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk alarak güçlendirdiği görülmüştür. Bu nedenle KKMM bir tarama yöntemi olarak değil risk altındaki kadınlar arasında farkındalığı artırmak için tavsiye edilir (DSÖ, 2018).

KKMM 20 yaşından sonra ayda bir kez hayat boyu yapılmalıdır. Adet gören kadınlar KKMM'ni adet döneminin başlangıç gününü 1. gün sayıp sonraki 7-10. gün arası, adet olmayan kadınlar her ay kendi belirledikleri bir günde, emziren kadınlar emzirme tamamlandıktan memelerdeki süt boşaldıktan sonra, doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda yeni ilaç kutusuna başlamadan önceki günde yapmalıdırlar (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Türkiye'de 15 yaş ve üzeri kadınların %19,7'si ayda bir, %7,9'u üç ayda bir ve %11,9'u üç aydan daha uzun sürede bir kez KKMM yapmıştır, %60,6'sı KKMM hiç yapmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Şen ve Başar'ın (2012) araştırmasına göre Kütahya'da bir mahallede yaşayan 15-49 yaş arası kadınların %38,3'ünün KKMM hakkında bilgisi yok, %43,4'ü ise KKMM yapmamakta ve KKMM'ni %39,7'si aklına geldikçe yapmaktadır. Alazmi ve arkadaşlarının (2013) Kuveyt'te yaptıkları araştırmaya göre düzenli adet döngüsüne sahip olup KKMM yapan kadınlar %92,7, emziren kadınlarda KKMM yapma oranı %52,3 ve ailesinde meme kanseri öyküsü olup KKMM yapanların oranını %25,7 olarak saptanmıştır. Birhane ve arkadaşlarının (2017) kadın üniversite öğrencilerine yaptığı bir araştırmada öğrencilerin %64'ü KKMM'ni duyduğu ve %35,8'i KKMM'ni nasıl yapacağını bildiği bulunmuş. Ayrıca %30,5'i KKMM'ni ne zaman yapacağını bilmektedir.

2.10. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonal tedaviler kanserin evresine bağlı olarak tek başına ya da kombine edilerek uygulanmaktadır. Cerrahi ve radyoterapi lokal ve bölgesel hastalığın tedavisi için uygulanırken, kemoterapi ve hormonal tedavi hastalığın sistemik kontrolü için uygulanır (Ramani ve ark., 2017)

2.10.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanserinde en fazla kullanılan tedavi cerrahidir. Genelde modifiye radikal mastektomi uygulanmaktadır. Fakat meme koruyucu ameliyatlara da giderek artmaktadır. Dünya genelinde de meme koruyucu ameliyatlara doğru bir eğilim vardır. Erken evre meme kanserlerinde daha çok meme koruyucu ameliyatlara uygulanmaktadır (Kaymakçı, 2010).

Meme koruyucu cerrahi (lumpektomi, kuadrantektomi, parsiyel mastektomi ya da segmental mastektomi) kanserli doku içeren memenin sadece bir bölümünün çıkarıldığı bir ameliyattır. Bu ameliyat ile birlikte kanseri çevreleyen bazı normal dokular da uzaklaştırılmaktadır. Tümörün yerine, büyüklüğüne ve diğer faktörlere bağlı olarak memenin ne kadarının çıkarılacağı değişmektedir (Harmer, 2011; American Cancer Society, 2016). Mastektomi meme dokusunun tamamının ve bazen de diğer yakın dokuların da alınarak tüm memenin meme ucu da dahil alındığı bir ameliyattır (Cancer Research UK, 2017).

2.10.2. Radyoterapi

Radyoterapi, cerrahi sonrası meme bölgesinde kalabilecek kanser hücrelerini yok etmek için kullanılan yüksek enerjili X ışınlarıdır (Pennery ve ark., 2009; National Breast Cancer Foundation, 2018). Radyoterapi sadece radyasyonla tedavi edilen bölgedeki hücreleri etkiler. Meme kanserinde radyasyon cerrahi girişimden sonra meme ya da koltuk altı bölgesinde kalan mutasyona uğramış hücreleri yok etmek için kullanılabilir (National Breast Cancer Foundation, 2018).

Radyoterapi genellikle ameliyattan 6-8 hafta kadar sonra, yara iyileşmesi tamamlanınca başlanır. Radyoterapi öncesi hastaya fizik muayene ve gerekli incelemeler yapılır, tedavi planı çıkarılır. Radyoterapi eksternal veya internal olarak uygulanabilmektedir (Kaymakçı, 2010; Burnet, 2011). Yaygın olarak eksternal radyoterapi uygulanmaktadır. Radyoterapi alan hastalarda yorgunluk, yanık, kızarıklık gibi cilt reaksiyonları, nötropeni, iştahsızlık, göğüs bölgesinde ödem ve ağrı, boğaz ağrısı ve lenfödem belirtileri ortaya çıkabilmektedir (Kaymakçı, 2010).

2.10.3. Kemoterapi

Meme kanserinde kemoterapi en önemli tedavi yöntemlerinden birisidir. Bu tür ilaçlar ya bölünen kanser hücrelerini öldürerek ya da kanser hücrelerinin üremesine müdahale ederek etki göstermektedir (Lennan, 2011). Genelde intravenöz olarak

uygulanan kemoterapi oral olarak da verilebilmektedir. Kemoterapi sadece kanserli hücreleri değil kemik iliği, deri, saç, mide-bağırsak mukozasında bulunan normal bölünen hücreleri de etkilemektedir ve bu bölgeler üzerinde yan etkiler göstermektedir (Ramani ve ark., 2017). Yan etkiler ilaçların türüne, dozuna ve tedavi süresine bağlı olarak değişmektedir (American Cancer Society, 2017).

Kemoterapinin yan etkileri saç kaybı, ağız yaraları, iştah kaybı ya da kilo değişimi, tırnaklarda değişiklik, ishal, mide bulantısı ve kusmadır. Kemik iliğindeki etkilere bağlı olarak da enfeksiyona yatkınlık, kolay morarma ya da kanama, yorgunluk görülmektedir (Lennan, 2011; American Cancer Society, 2017).

Kemoterapinin üreme sağlığı üzerinde de etkisi bulunmaktadır ve bu etki kullanılan ilaca, ilacın dozuna, ilaç dozunun yoğunluğuna, ilacı uygulama şekline, bireyin hastalığına, yaşına ve tedavi öncesi doğurganlığına bağlıdır. Alkilleyici ajan türünde kemoterapi uygulanan ve 40 yaş üzerindeki meme kanserli kadınlarda amenore ve erken menopoz deneyimleri daha yüksek olabilmektedir (Gradishar, 2018)

Kemoterapi ameliyattan sonra (adjuvan kemoterapi) geride bırakılmış ya da yayılmış olabilecek ancak görüntüleme testlerinde bile görülmeyen kanser hücrelerini öldürmek için kullanılır. Ameliyattan önce (neoadjuvan kemoterapi) kullanılan kemoterapi tümörün küçültülmesini sağlamak için kullanılır. Palyatif kemoterapi ise meme kanseri tanısı konulduğunda ya da ilk tedavilerden sonra meme ve koltuk altı bölgesinin dışına metastaz olduğu durumlarda uygulanan bir tedavi türüdür (Tortorice 2011; Ramani ve ark., 2017; American Cancer Society, 2017).

2.10.4. Hormon Tedavisi

Bazı meme kanseri türleri kanda bulunan hormonlardan etkilenir. Meme kanseri hücrelerinin büyümelerine yardımcı olan östrojene bağlanan reseptörler vardır. Östrojenin bu reseptörlere bağlanmasını durdurmak için farklı yollar vardır. Sadece memede değil vücudun hemen hemen her yerinde kanser hücrelerine ulaşabilen bir sistematik tedavi şeklidir. Hormon reseptörü pozitif (ER-pozitif /PR-pozitif) olan meme kanserli kadınlar için önerilmektedir. Hormon reseptörü negatif olan meme kanserli kadınlarda etkinliği yoktur (American Cancer Society, 2018; Fenlon ve Townsend, 2011)

2.10.5. Hedefe Yönelik Tedavi (Biyolojik Tedavi)

Metastatik meme kanseri tedavisinde kullanılan yeni bir tedavi türü de monoklonal antikor tedavisidir. Human epidermal growth factor receptor (HER-2) epidermal büyüme faktör grubundan protein yapısında bir moleküldür. HER-2 proteini işlevsel olarak bir büyüme faktörüdür. HER-2 proteini meme kanseri hücrelerinin büyümesini düzenlemekte önemli rol oynamaktadır. Meme kanserlerinin yaklaşık 1/3'ünde bu protein bulunmaktadır. HER-2 içeren bu tümör hücrelerinin yüzey antijenlerine karşı geliştirilen monoklonal antikorlar tümör hücrelerinin yüzeyindeki reseptörleri bloke ederek bu hücrelerin büyüme ve çoğalmalarını engeller (Kaymakçı, 2010; American Cancer Society, 2017; National Breast Cancer Foundation, 2018)

2.11. Meme Kanseri ve Psikolojik Sorunlar

Kanser; korku, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, terk edilme ve ölüm duygusu gibi tepki ve düşünceleri çağrıştıran günümüz çağdaş tıbbının ve insanlığın önde gelen sorunlarından biridir. Kanser sadece fiziksel olarak bir hastalık değil aynı zamanda ruhsal ve psikososyal açıdan da ele alınması gereken bir hastalıktır (Bayraktar, 2011).

Elizabeth Kübler Ross hastanın kanser tanısını almasını takiben geliştirdiği psikolojik süreçleri yadsıma (inkar), öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak ele almaktadır (Bayraktar, 2011). Kanser hastalarında tanı, tedavi ve tedavi sonrasında çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkiler gelişir. Kanser tanısı ilk aşamada şok tepkisine neden olabilmektedir. İnkâr; dayanılması çok zor, bazı hastalar için imkansız gerçekliğin yarattığı anksiyete, panik, ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Ardından öfke ve depresyon gelişir. Hastanın kızgınlık ve isyanını ifade edemediği durumlarda depresyon gelişim riski artar (Özkan, 2012).

Son yıllarda gelişen psiko-onkoloji ve psikiyatrik onkoloji alanlarında yapılan araştırmalar, kanserli hastalarda psikososyal ve psikiyatrik sorunların önemli boyutta görüldüğünü ve bunların hastaların tedaviye uyumu ile yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini göstermiştir (Özkan, 2012).

Kanser teşhisi hayatın düzenini bozan şok edici bir deneyimdir ve bu durum bireylerde üzüntüye, inanmamaya ve bazen depresyona, anksiyeteye ve ailelerin dağılmasına neden olmaktadır (Towers, 2016).

Anksiyete, depresyon ve uyum bozuklukları gibi daha önemli ve potansiyel kalıcı psikolojik zorluklar kanser hastalarının büyük bir çoğunluğunda ortaya

çıkılmaktadır (Towers, 2016). Dr. Miller'e göre araştırmalar inflamatuvar sitokinler beyne girebilmekte ve beynin çoğu bölgesini etkilediğini ve bu kimyasalların depresyon, anksiyete, yorgunluk, hafıza ve konsantrasyon bozukluğuna neden olmaktadır (Ramani ve ark., 2017).

Birçok araştırma anksiyete, depresyon, baş etme stratejileri ve kansere bağlı yorgunluk arasında yakın bir ilişki bulmuştur. Özellikle meme kanserinde anksiyete, düşük duygudurum ya da uyum bozukluğu ve depresyonun varlığı yorgunluk ile ilişkili bulunmuştur (Kingston ve Capelan, 2016).

2.12. Meme Kanseri ve Anksiyete

Fizyolojik, psikolojik ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği hoş olmayan gerginlik, kaygı ve tedirginlik hissi ya da yaygın bir korku/dehşet hissi ya da yaygın bir korku/dehşet hissi ya da açıklanamayan rahatsızlık; kişinin kendisine, önemli kişilere ya da yaşam şekline yaklaşan gerçek ya da sembolik tehdit için, bireyi harekete geçiren erken bir uyarı olarak hizmet edebilmekte; hoş olmayan duygulardan kurtulması için, bireyi doğru hareket etmeye motive edebilmektedir. Anksiyetenin kaynağı sıklıkla belirli değildir veya birey tarafından bilinmemektedir (Öz, 2014).

Anksiyete, gerilim hissi, endişeli düşünceler ve artmış kan basıncı gibi fiziksel değişikliklerle karakterize bir duygudur. Anksiyete bozukluğu olan kişiler genellikle tekrarlayan rahatsız edici düşünceler veya endişelere sahiptir. Ayrıca terleme, titreme, baş dönmesi veya hızlı kalp atışı gibi fiziksel semptomları olabilmektedir (American Psychological Association, 2018).

Kanser hastalarının tanı aşamasında, tetkik sonuçlarını beklerken, yeni bir tedavi öncesi, tedavi değişimi, belirti ve bulgunun ortaya çıkması, nüks görölmesi, hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi durumlarında anksiyete düzeyleri artmaktadır. Çoğu kadın meme kanseri teşhisi koyulurken akut anksiyete deneyimi yaşar ve bu durum acil tedavi gerektirebilmektedir (Rogers ve Turner, 2011).

Alacacıoğlu ve arkadaşlarının (2014) adjuvan tamoksifen kullanan 67 premenapozal meme kanseri hastasına yaptıkları bir araştırmada hastaların %40,29'unda yüksek seviyede anksiyete saptanmıştır. McFarland ve arkadaşlarının (2018) 0-IV evresinde 125 meme kanserli hastada yaptıkları araştırmaya göre hastaların %8,53'ünde anksiyete durumu saptanmıştır. Geyikci ve arkadaşlarının (2018) onkoloji polikliniğinde tedavi gören tanı aldıktan sonra birinci yılını tamamlamış 35-65 yaş

aralığındaki 94 meme kanserli kadın hastaya yaptıkları araştırmada hastaların %27,7'sinde klinik değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde anksiyete saptanmıştır.

Tsaras ve arkadaşlarının (2018) ayaktan tedavi alan onkoloji bölümüne başvuran 18 ve üzeri yaşta 152 meme kanseri hastasına yaptıkları bir araştırmada kadınların % 32,2'sinde anksiyete saptanmıştır, 70 ve üzeri yaş grubunun %50'sinde, kırsalda yaşayanların %51,7'sinde, boşanmış kadınların %42,3'ünde, hiç çocuğu olmayanların %37,5'inde, eğitim düzeyi 9 yıl ve altı olanların %45,9'unda, mastektomi olanların %34'ünde, kemoterapi alanların %68,6'sında anksiyete bulunmuştur.

2.13. Meme Kanseri ve Depresyon

Depresyon üzüntüden çok daha fazlasıdır. Depresyonu olan kişiler günlük aktivitelerde ilgi ve memnuniyet eksikliği, önemli kilo kaybı ya da alımı, uykusuzluk ya da aşırı uyku, enerji eksikliği, konsantre olamama, değersiz hissetme ya da aşırı suçluluk ve tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri yaşayabilmektedirler (American Psychological Association, 2018; American Psychiatric Assosiation, 2017; National Institute of Mental Health, 2018).

Beyinde bulunan bazı kimyasallardaki farklılıklar, genetik yapı, kişilik özellikleri ve çevresel faktörler depresyon için risk faktörleri arasında yer almaktadır. Depresyonun tedavisinde ilaç, psikoterapi ve Elektrokonvülsif Terapi (EKT) kullanılmaktadır (American Psychiatric Assosiation, 2017).

Kansere yakalan her 4 kişiden birinde klinik depresyon bulunmaktadır (American Canser Society, 2016). Depresyon hem kadınları hem de erkekleri etkilemektedir ancak kadınlarda erkelere göre daha fazla görülmektedir (National Institute of Mental Health, 2018). Depresyonun kanser hastalarında en az tanınan semptomlardan birisi olduğu söylenilebilmektedir. Bu durum kanser hastası ve ailesi için en zor şeylerden biri olabilmektedir (Cancer Research UK, 2017). Kanser depresyon ile ilişkili tıbbi durumlar arasındadır ve bazı kanser kemoterapötik ilaçlar depresyona neden olan ilaçlar arasındadır. Kansere uyum güçlüğü ve çaresizlik algısı depresyon gelişiminde en önemli unsurlardır (Demirkıran, 2014).

Anksiyete gibi depresyon da meme kanseri tanısında diğer yaygın bir tepkidir. Meme kanseri tedavisi, üzgün, yorgun ya da depresif hissetmeye neden olabilmektedir. Bu duygular kanser teşhis ve tedavisi, yaşlanma, hormonal değişiklikler, yaşam deneyimleri ve genetik faktörlerden etkilenmektedir. Kadınların yaklaşık üçte birinde

meme kanseri tanısı ile ilgili bir yıl içinde şiddetli anksiyete ya da depresif bir hastalık geliştirdiği bilinmektedir. Bu nedenle psikolojik destek hastalığın ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Rogers ve Turner, 2011).

Kim ve arkadaşlarının (2017) mastektomi olan ve olmayan meme kanserli iki grupta yaptıkları araştırmaya göre mastektomi olan kadınlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Cvetković ve Nenadović'in (2016) 30-78 yaş aralığında 84 meme kanserli hastaya yaptıkları bir araştırmada depresyon sitotoksik tedavinin ilk döngüsünü alan hastalarda ikinci döngüsünü alanlara göre önemli derecede daha sık görülmüştür. 40 yaş ve altı 54 metastatik meme kanserli hastalara yapılan kesitsel bir araştırmada depresyon alt boyut puanı kadınların %20'sinde yüksek saptanmıştır ve depresyon için tarama önerilmiştir. En az bir üniversite eğitimi alan, daha yüksek fiziksel belirti puanı alan, beyaz ırkta, daha düşük sosyal destek puanı alan ve daha düşük maneviyatı olan kadınlarda depresyon görülme ihtimali daha yüksektir (Park ve ark., 2018). 18 yaş ve üzeri 270 meme kanserli kadınlara yapılan bir araştırmada ise hastaların %6'sında hafif, %7'sinde orta, %4'ünde orta şiddette ve %4'ünde şiddetli düzeyde depresyon saptanmıştır (Purkayastra ve ark., 2017).

2.14. Meme Kanseri ve Cinsel Yaşam

Cinsellik düşünceler, fanteziler, arzular, inançlar, tutumlar, değerler, davranışlar, uygulamalar, roller ve ilişkiler kapsamında deneyimlenir ve ifade edilir. Cinsellik bu boyutların tamamını içerebilse de, bunların hepsi her zaman deneyimlenmez ya da ifade edilmez. Cinsellik aynı zamanda biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, yasal, tarihsel, dini ve manevi faktörlerin etkileşiminden de etkilenir (DSÖ, 2018).

Meme kanseri teşhisi koyulmuş kadınların yaklaşık %90'ında cinsel şikayetler meydana gelmektedir. Tedavi sonrası cinsel işlev bozukluğu olan kadınların oranı %30 ile %100 arasında değişmektedir. Hastalarda görülen cinsel şikayetler; ilgi azlığı, uzun yıllar devam eden vajinal ağrı ya da rahatsızlık fakat bu durumlar yaygın görülmele birlikte tedavi edilebilmektedir (Krychman ve ark., 2011).

Kemoterapi ya da hormon tedavisi alan meme kanserli hastalarda yan etki olarak vajinada kuruluğa ve oluşan kurulukta cinsel ilişki esnasında ağrıya neden olabilmektedir (Pennery ve ark., 2009). Östrojen yoksunluğu ve tedavi edici müdahalelerin (radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi) sonucunda meme kanserli hastalarda

cinsel dürtüde, cinsel uyarılmada, orgazm fonksiyonunda ve ilişki esnasında zevk alabilmede ciddi derecede olumsuz etkisi bulunmaktadır (Streicher ve Simon, 2018).

Meme kanserli hasta grubunda cinsel istekte azalma; meme dokusunda ortaya çıkan kayıp, saç dökülmesi, ağrı, beden imajı, sağlık durumunu algılamada meydana gelen değişikliklere bağlı olarak gelişebilmektedir. Ayrıca ilaç uygulamaları, aşırı yorgunluk, nüks korkusu da cinsel sorunlara yol açabilmektedir (Vural, 2011).

Cinsellik karmaşık ve öznel bir kavram olmakla birlikte yaş ve deneyimle değişebilmekte ve cinsel ilişkiden ya da çocuk düşünmekten daha fazlasını içermektedir. Cinsellik cinsel tepkiyi (ilgi, işlev ve memnuniyet), beden imajını, cinsel rolleri ve ilişkileri içerebilmektedir (Streicher ve Simon, 2018).

21-66 yaş aralığında 514 meme kanserli İspanyol kadınlarda yapılan kesitsel bir araştırmada kadınların %66,9'u meme kanseri tanısı almadan önce herhangi bir cinsel işlev bozukluğu yaşamadıklarını belirtmiştir. Ancak meme kanserinden sonra kadınların %91,2'si bir tür cinsel işlev bozukluğu yaşadığını belirtmiştir ve meme kanseri öncesi, sonrası cinsel işlev bozukluğu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kanser sonrası kadınların %36,2'si orta düzeyde cinsel istekte azalma problemi, %34,4'ü orta düzeyde cinsel uyarılma bozukluğu sorunu, %23,5'sinde ciddi düzeyde orgazm bozukluğu, %49,8'i ciddi düzeyde kanser sonrası ileriye yönelik cinsel işlev bozukluğu anksiyetesi, %25,7'si cinsel konularda iletişim yokluğu ve %18,3'ü cinsel memnuniyetsizlik yaşamıştır (Cobo-Cuenca ve ark., 2018). Başka bir araştırmada tanıdan ve tedaviden en az 6 ay geçmiş 50 meme kanseri tanısı almış kadınlarda mastektomi operasyonu geçiren kadınlarla meme koruyucu cerrahi operasyon geçiren kadınlarda Arizona Cinsel Yaşantılar ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Denizgil ve Sönmez, 2015). Leila ve arkadaşlarının (2016) Tunus'ta meme kanserinin ilk tedavisinden en az 3 ay sonra iyileşme döneminde olan 50 hastaya yaptıkları bir araştırmada kadınların %53,2'si cinsel yaşamlarının aktif olduğu, %80,9'unda seksüel çekicilikte azalma hissi ve %42,5'i de disparoni (ağrılı cinsel ilişki) varlığı saptanmıştır.

2.15. Meme Kanseri ve Hemşirelik

Hemşirelik her yaştan, aileden, gruptan ve toplumdan hasta ya da sağlıklı tüm bireylerin özerk ve işbirlikçi bakımını kapsamaktadır. Aynı zamanda sağlığın teşviki,

hastalığın önlenmesi, hasta, engelli ve ölen kişilerin bakımını da içermektedir. (DSÖ, 2018). Hemşireler halk sağlığının korunmasında vazgeçilmezdir (ANA, 2018).

1996 yılında İngitere’de 120 kişi ile Meme Kanseri Hemşireliği Derneği kurulmuştur. Dernek meme kanseri ve uygulama alanları doğrultusunda gerekli olan presipleri belirlemiştir. 2007 yılında Royal Hemşirelik Koleji bu alanda çalışanlara yol gösterme amacı ile uygulama ve sağlık politikaları ile ilgili gelişmeleri belirleyen klinik standartlarla ilgili bir rehber yayınlamıştır. Bu rehber doğrultusunda meme kanseri hemşireleri yaptıkları görev alanlarına yönelik uygulamalar doğrultusunda mezun hemşire, deneyimli hemşire, üst düzey uzman klinik hemşire ve danışman hemşire olarak sınıflandırılmıştır (Fadıoğlu ve ark., 2011).

Her düzeyde meme hemşiresi Kanada Onkoloji Hemşireliği Derneği’nin geliştirdiği standartlar doğrultusunda bakım vermektedir. Hemşireler profesyonel rollerini bu standartlar doğrultusunda gerçekleştirirler ve bu standartlardan birisi de psikososyal ve psikoseksüel açıdan hastayı değerlendirmektir (Fadıoğlu ve ark., 2011).

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

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi, meme kanserli kadınlarda anksiyete ve depresyona neden olabilecek faktörlere ve erken belirtilerine yönelik riskleri değerlendirerek hastalara psikososyal destek sağlamalıdır. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hemşiresi, meme kanserli kadınların yaşam evrelerine göre cinsel yaşamları ile ilgili sorunları belirleyip, bu sorunlara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmelidir.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kemoterapi Ünitesine günü birlik ilaç tedavisi için gelen meme kanserli kadınlarla Kasım 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kemoterapi Ünitesine günü birlik ilaç tedavisi için gelen 18-65 yaş grubu meme kanseri tanısı almış 240 evli kadın hastalar oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem seçiminde istatistiksel olarak meme kanseri anksiyete prevalansı 0,379 olarak alındığında %95 güven düzeyi ve %81.5 test gücü ile birlikte 150 vaka incelenmesi gerektiği tespit edilmiştir (One Proportion Power Analiz, $H_0:0,379$, $H_1:0,50$). Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Kemoterapi Ünitesine günü birlik ilaç tedavisine gelen 18-65 yaş aralığındaki, evli, araştırmaya katılmayı kabul eden 180 meme kanserli kadın hasta araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırma sonrasında anksiyete ortalama ve standart sapma değerleri $4,90 \pm 4,28$ dikkate alındığında %95 güven, 0,421 etki büyüklüğü ve 180 vaka ile testin gücü %99,987 olarak elde edilmektedir.

3.3.3. Seçim Alınma/Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 180 meme kanserli kadın seçilmiştir.

Alınma Kriterleri;

-Araştırmaya katılmayı kabul etmek,

-Kadın olmak,

-Evli olmak,

-18-65 yaş aralığında olmak (Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlik ve

güvenirlilik çalışması bu yaş grubundaki kadınlarda yapıldığı için bu aralık belirlenmiştir).

- Meme kanseri tanısı almış olmak,
- Antidepresan ya da anksiyolitik ilaç kullanmamak,
- Herhangi bir psikoterapi tedavisi almamak,
- Mental bir sorunu olmamak,
- Anksiyete ve depresyon tanısı almamış olmak.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırma kapsamına alınan meme kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam kalite düzeyleri bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Meme kanserli hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, kardeş sayısı, gelir durumu, yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer, öğrenim durumu, meslek), ailede meme kanseri öyküsü varlığı, ilk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma arasında geçen süre, hastalıktan sonra arkadaş ya da iş çevresinin davranışı, radyoterapi geçirme durumu, meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre, sağlık durumunu algılama durumu, meme kanserine yönelik ameliyat geçirme durumu bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması

Veriler meme kanseri tanısı almış evli kadın hastaların sözlü onamları alınarak; hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmek amacı ile “ Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)” ve cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile uygulanan “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin doldurulması her hasta için yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu meme kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik ve hastalık özelliklerini belirlemek amacı ile konu ile ilgili literatür taraması sonucunda 13 soru

şeklinde oluşturulmuştur (Kamińska ve ark., 2015; Hassan ve ark., 2015; Al-Zaben ve ark., 2015; Avis ve ark., 2015; Khan ve ark., 2016; Tang ve ark., 2017; Kus ve ark., 2017; Tsaras ve ark., 2018; Li ve ark., 2018). Kişisel bilgi formunun 7 sorusu yaş, kardeş sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer olmak üzere tanıtıcı özelliklerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Formun 8 sorusu; ailede meme kanseri öyküsü varlığı, meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu, radyoterapi tedavisi alma durumu, hastalıktan sonra arkadaş/iş çevresinin davranışı, sağlık durumunu algılama durumu, ilk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma arasındaki geçen süre, meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ölçeğin, anksiyete (HADÖ-A) ve depresyon (HADÖ-D) alt ölçekleri vardır. Ölçek bir kendini-bildirim ölçeğidir ve 7'si anksiyete, 7'si depresyon belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır (Aydemir ve ark., 1997).

Yanıtlar dörtlü likert tipinde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği için ise 7 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Her iki alt ölçek için "7 ve altı" hasta olmayan, "8-10" arası sınırdaki hasta ve "11 ve üzeri" için belirgin hasta değerlendirmeleri uygun görülmüştür. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddelerin puanları toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerinin puanları toplanır. Hastaların ve bakım verenlerin her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HADÖ anksiyete alt ölçeği için

Cronbach alfa katsayısı 0,8525, depresyon alt ölçeği için ise 0,7784 olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark., 1997). Bu araştırmadaki ölçek puan dağılımı, ortalama ve Cronbach Alfa değerleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmada kullanılan HADÖ ve CYKÖ’nden elde edilen puanların dağılımı

	Medyan (Min-Max)	Madde Sayısı	Cronbach Alfa	Orijinal Ölçekteki Cronbach Alfa
HADÖ ölçeği alt boyutları				
Anksiyete	4 (0-19)	7	0,82	0,85
Depresyon	4 (0-18)	7	0,77	0,77
CYKÖ	92 (31-104)	18	0,89	0,83

3.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ)

Symonds ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiş Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ)’nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Tuğut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmıştır. 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilmesine rağmen geçerlik ve güvenirlik çalışması 18-65 yaş grubundaki kadınlarda yapılmıştır. Yüksek güvenirlik düzeyine sahip olan ölçeğin Türk toplumundaki kadınların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılabileceği belirtilmektedir. Altılı likert tipinde olan ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşam düşünülerek yanıtlanması istenmektedir. Ölçekte 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5=Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır (Tuğut ve Gölbaşı 2010).

Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı madde puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 100’e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100’e dönüştürülmesi için; [(ölçekten alınan ham puan-18) x 100/90] formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Ölçekten alınan ham puan toplamı 92 olan hastaların 100’e dönüştürülmüş ölçek puanı; [(92-18) x 100/90=82,22] olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı

olan Cronbach Alpha değeri 0,83 olarak bulunmuştur (Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Bu araştırmadaki ölçek puan dağılımı, ortalama ve Cronbach Alfa değeri Tablo 1’de verilmiştir.

3.6.İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 20.0 istatistik paket programı (Statistical Package for Social Sciences) ile gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik analizi Cronbach’ın Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Testte verilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk ile test edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplamalar, ortalama, standart sapma, korelasyon, Mann-Whitney U (U) testi ve Kruskal-Wallis Varyans (KW) analizi kullanılmıştır.

İlişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına p değerlerine göre karar verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma öncesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 05.09.2017 tarihinde 2017/191 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 4). Araştırmanın Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kemoterapi Ünitesinde yapılabilmesi için gerekli kurum izni alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir merkezde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Tablo 2. Meme kanserli hastalara ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı (n=180)

Özellikler	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
Yaş ortalaması (yıl)	51,67 \pm 9,74	25-65
Kardeş sayısı	4,16 \pm 2,35	1-11
Özellikler	n	%
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	25	13,9
İlköğretim	90	50,0
Ortaokul	11	6,1
Lise	17	9,4
Üniversite	37	20,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	38	21,1
Çalışmıyor	142	78,9
Gelir durumu		
Düşük	27	15,0
Orta	119	66,1
Yüksek	34	18,9
Yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer		
İl	65	36,1
İlçe	87	48,3
Köy	28	15,6

Meme kanseri tanısı alan kadınlara yapılan araştırmaya ilişkin elde edilen veriler bu bölümde değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan meme kanserli kadınların yaş ortalaması 51,67 \pm 9,74 (min 25- max 65) yıl, kardeş sayıları ortalaması ise 4,16 \pm 2,35 (min 1- max 11) olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Meme kanserli kadınların diğer özellikleri incelendiğinde kadınların %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %78,9'unun çalışmadığı, %61,1'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu ve %48,3'ünün yaşamının büyük çoğunluğunun ilçede geçtiği bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların meme kanseri ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (n=180)

Özellikler	n	%
Ailede meme kanseri varlığı		
Var	46	25,6
Yok	134	74,4
Meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu		
Olan	139	77,2
Olmayan	41	22,8
Radyoterapi tedavisi alma durumu		
Alan	62	34,4
Almayan	118	65,6
Hastalıktan sonra arkadaş/ iş çevresinin davranışı		
Değişti	89	49,4
Değişmedi	91	50,5
Sağlık durumunu nasıl algıladığı		
İyi	112	62,2
Orta	58	32,2
Kötü	10	5,6

Kadınların meme kanseri ile ilgili bazı özellikleri incelendiğinde; hastaların %74,4'ünün ailesinde meme kanseri öyküsünün bulunmadığı belirlenmiştir. Hastaların %77,2'sinin meme kanserine yönelik ameliyat olduğu, %65,6'sının radyoterapi tedavisi almadığı bulunmuştur. Meme kanseri hastalığından sonra arkadaş ya da iş çevresinin davranış değişikliği durumu incelendiğinde hastaların %50,5'i davranış değişikliği olmadığını ifade etmiştir. Meme kanserli kadınların %62,2'sinin sağlık durumunu iyi olarak algıladığı bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Kadınların meme kanserine ilişkin şikayetlerin başlaması ve tanı alma süresi ortalama değerleri

Özellikler	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
İlk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma aşamasında geçen süre (yıl)	0,62±1,35	0-7
Meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre (yıl)	2,52±4,69	0,02-28

Meme kanserli kadınların ilk şikayetlerinin başlaması ile doktora başvurusu arasında geçen süre ortalaması 0,62±1,35 (min 0- max 7) yıl olarak bulunmuştur. Meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre ortalaması ise 2,52±4,69 (min 0,02- max 28) yıldır (Tablo 4).

Tablo 5. Meme kanserli kadınların HADÖ-A (Anksiyete) ve HADÖ-D (Depresyon) alt ölçeklerinin puan aralıklarının dağılımı

HADÖ Ölçeği Alt Ölçekler	Puanlar	n	%
Anksiyete			
Hasta olmayan	0-7	143	79,4
Sınırdaki hasta	8-10	18	10,0
Belirgin hasta	11 ve üzeri	19	10,6
Depresyon			
Hasta olmayan	0-7	136	75,5
Sınırdaki hasta	8-10	19	10,6
Belirgin hasta	11 ve üzeri	25	13,9

Araştırmaya katılan meme kanserli kadınların %10,6'sı anksiyete alt ölçeğinden 11-19 arası puan alarak belirgin hasta olarak değerlendirilmiştir. Hastaların %13,9'u depresyon alt ölçeğinden 11-18 arası puan alarak belirgin hasta olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Meme kanserli kadınlara ilişkin sosyo-demografik özelliklere göre HADÖ-A (Anksiyete) alt ölçek toplam puan ortalaması

	HADÖ-A Toplam Puan Medyan (Min-Max)	İstatistik	p değeri
Yaş		r - 0,109	0,145
Kardeş sayısı		r 0,115	0,125
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	4 (0-18)	KW=8,443	0,077
İlköğretim	5 (0-19)		
Ortaokul	3 (1-17)		
Lise	3 (1-17)		
Üniversite	3 (0-13)		
Çalışma durumu			
Çalışıyor	3 (0-18)	U=2,394,500	0,285
Çalışmıyor	4 (0-19)		
Gelir durumu			
Düşük	5 (0-19)	KW=8,402	0,015
Orta	4 (0-18)		
Yüksek	3 (0-13)		
Yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer			
İl	3 (0-17)	KW=6,583	0,037
İlçe	4 (0-18)		
Köy	5 (0-19)		

Meme kanserli kadınların gelir durumu ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki bu fark düşük ve yüksek gelir düzeyine sahip gruplardan kaynaklanmaktadır. Gelir durumu iyi olan meme kanserli hastalarda anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Hastaların yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki bu fark ilde ve köyde yaşayan gruplardan kaynaklanmaktadır. Yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer il olan meme kanserli kadınların anksiyete düzeylerinin daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Meme kanserli kadınların yaş ve kardeş sayısı ortalamaları ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların eğitim durumları ve çalışma durumları ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Kadınların meme kanseri ile ilgili bazı özelliklere göre HADÖ-A (Anksiyete) alt ölçek toplam puan ortalaması

	HADÖ-A Toplam Puan	İstatistik	p değeri
	Medyan (Min-Max)		
İlk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma aşamasında geçen süre (yıl)		r -0,071	0,552
Meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre (yıl)		r 0,239	0,001
Ailede meme kanseri varlığı			
Olan	4 (0-15)	U=2,841,500	0,428
Olmayan	4 (0-19)		
Meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu			
Evet	4 (0-19)	U=2,226,500	0,033
Hayır	3 (0-18)		
Radyoterapi tedavisi alma durumu			
Alan	6 (0-19)	U=2,286,500	< 0,001
Almayan	3 (0-18)		
Hastalıktan sonra arkadaş/ iş çevresinin davranışı			
Değişti	4 (0-18)	U=4,212,500	0,639
Değişmedi	4 (0-19)		
Sağlık durumunu nasıl algıladığı			
İyi	3 (0-17)		
Orta	6 (1-19)	KW= 28,968	< 0,001
Kötü	10 (3-15)		

Hastaların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde doğrusal bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre arttıkça anksiyete düzeylerinin de arttığı bulunmuştur (Tablo 7).

Kadınların meme kanserine yönelik ameliyat olma durumları ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Meme kanserine yönelik ameliyat olan hastalarda anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Meme kanserli kadınların radyoterapi tedavisi alma durumları ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Radyoterapi tedavisi alan hastalarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Meme kanseri tanısı alan kadınların sağlık durumunu nasıl algıladığı durumları ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki bu fark sağlığını iyi ve kötü olarak algılayan gruplardan kaynaklanmaktadır. Sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Meme kanserli kadınların ilk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma aşamasında geçen süre ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ailede meme kanseri varlığı ve hastalıktan sonra arkadaş/iş çevresinin davranış durumları ile HADÖ-A toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Meme kanserli hastalara ilişkin sosyo-demografik özelliklere göre HADÖ-D (Depresyon) alt ölçek toplam puan ortalaması

	HADÖ-D Toplam Puan	İstatistik	p değeri
	Medyan (Min-Max)		
Yaş		r	
		-0,015	0,841
Kardeş sayısı		r	
		0,130	0,083
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	7 (0-16)		
İlköğretim	4 (0-18)		
Ortaokul	3 (0-12)	KW= 7,820	0,098
Lise	3 (0-15)		
Üniversite	3 (0-16)		
Çalışma durumu			
Çalışıyor	3 (0-16)	U=2,293,500	0,154
Çalışmıyor	4 (0-18)		
Gelir durumu			
Düşük	5 (0-16)		
Orta	4 (0-18)	KW=0,972	0,615
Yüksek	3 (0-16)		
Yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer			
İl	3 (0-14)		
İlçe	4 (0-18)	KW=14,462	0,001
Köy	7 (0-16)		

Meme kanserli kadınların yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile HADÖ-D toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki bu fark ilde ve

köyde yaşayan gruplardan kaynaklanmaktadır. Köyde yaşayan meme kanserli kadınların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 8).

Meme kanseri tanısı alan kadınların yaş ve kardeş sayısı ortalamaları ile HADÖ-D toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan herhangi bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile HADÖ-D toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Kadınların meme kanseri ile ilgili bazı özelliklere göre HADÖ-D (Depresyon) alt ölçek toplam puan ortalaması

	HADÖ-D Toplam Puan Medyan (Min-Max)	İstatistik	p değeri
İlk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma aşamasında geçen süre (yıl)		r -0,005	0,967
Meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre (yıl)		r 0,260	< 0.001
Ailede meme kanseri varlığı			
Olan	4 (0-16)	U=2,930,500	0,618
Olmayan	4 (0-18)		
Meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu			
Evet	4 (0-17)	U=2,480,000	0,205
Hayır	3 (0-18)		
Radyoterapi tedavisi alma durumu			
Alan	7 (0-16)	U=2,676,500	0,003
Almayan	3 (0-18)		
Hastalıktan sonra arkadaş/ iş çevresinin davranışı			
Değişti	4 (0-16)	U=4,149,500	0,774
Değişmedi	3 (0-18)		
Sağlık durumunu nasıl algıladığı			
İyi	3 (0-18)	KW=36,769	< 0.001
Orta	7 (0-16)		
Kötü	10,5 (4-16)		

Hastaların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre ile HADÖ-D toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde doğrusal bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı bulunmuştur (Tablo 9).

Meme kanserli kadınların radyoterapi tedavisi alma durumları ile HADÖ-D toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Radyoterapi tedavisi alan hastalarda depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Meme kanseri tanısı alan kadınların sağlık durumunu nasıl algıladığı durumları ile HADÖ-D toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki bu fark sağlığını iyi ve kötü olarak algılayan gruplardan kaynaklanmaktadır. Sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Meme kanserli kadınların ilk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma aşamasında geçen süre ile HADÖ-D toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ailede meme kanseri varlığı, meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu ve hastalıktan sonra arkadaş/iş çevresinin davranış durumları ile HADÖ-D toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Meme kanserli hastalara ilişkin sosyo-demografik özelliklere göre CYKÖ toplam puan ortalaması

	CYKÖ Toplam Puan	İstatistik	p değeri
	Medyan (Min-Max)		
Yaş		r	
		-0,056	0,456
Kardeş sayısı		r	
		-0,107	0,152
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	92 (35-103)		
İlköğretim	93 (31-104)		
Ortaokul	87 (74-101)	KW= 6,104	0,192
Lise	82 (32-97)		
Lisans	93 (37-103)		
Çalışma durumu			
Çalışıyor	93 (32-103)	U=2,950,500	0,375
Çalışmıyor	91 (31-104)		
Gelir durumu			
Düşük	91 (32-103)		
Orta	91 (31-103)	KW=1,168	0,558
İyi	93 (37-104)		
Yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer			
İl	93 (38-103)		
İlçe	88 (31-103)	KW=9,271	0,010
Köy	93 (42-104)		

Meme kanserli kadınların yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile CYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki bu fark ilde ve ilçede yaşayan gruplardan kaynaklanmaktadır. İlçede yaşayan meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 10).

Meme kanseri tanısı alan kadınların yaş ve kardeş sayısı ortalamaları ile CYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile CYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Kadınların meme kanseri ile ilgili bazı özelliklerine göre CYKÖ toplam puan ortalaması

	CYKÖ Toplam Puan Medyan (Min-Max)	İstatistik	p değeri
İlk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma aşamasında geçen süre (yıl)		r -0,042	0,722
Meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre (yıl)		r 0,018	0,811
Ailede meme kanseri varlığı			
Olan	83,5 (31-103)	U=4,020,500	0,002
Olmayan	93 (32-104)		
Meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu			
Evet	92 (31-104)	U=3,031,500	0,428
Hayır	92 (32-103)		
Radyoterapi tedavisi alma durumu			
Alan	91 (35-103)	U=3,773,500	0,728
Almayan	92,5 (31-104)		
Hastalıktan sonra arkadaş/ iş çevresinin davranışı			
Değişti	90 (31-103)	U=3,818,000	0,507
Değişmedi	93 (35-104)		
Sağlık durumunu nasıl algıladığı			
İyi	93 (31-104)	KW=19,510	< 0,001
Orta	86 (32-101)		
Kötü	55,5 (35-95)		

Meme kanserli kadınların ailede meme kanseri varlığı ile CYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ailesinde meme kanseri varlığı olan hastalarda cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Meme kanseri tanısı alan kadınların sağlık durumunu nasıl algıladığı durumları ile CYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki bu fark sağlığını iyi ve kötü olarak algılayan gruplardan kaynaklanmaktadır. Sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalarda cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Meme kanserine yönelik ilk şikayetlerin başlaması ile doktora başvurma aşamasında geçen süre ve meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre ile CYKÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu, radyoterapi tedavisi alma durumu ve

hastalıktan sonra arkadaş/iş çevresinin davranış durumları ile CYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. HADÖ-A ve HADÖ-D alt ölçekleri ile CYKÖ toplam puanlar arasındaki ilişki

Alt ölçekler	CYKÖ toplam puan		Depresyon	
	r	p	r	p
Depresyon	-0,416	< 0.001	-	-
Anksiyete	-0,356	< 0.001	0,594	< 0.001

HADÖ-A ve HADÖ-D alt ölçek puan ortalamaları ile CYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde doğrusal bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 12).

5. TARTIŞMA

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kemoterapi Ünitesine günü birlik ilaç tedavisi için gelen meme kanserli kadınların anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen veriler bu bölümde tartışılacaktır.

Bu araştırmada meme kanserli kadınların %10'nunun sınırdan anksiyeteye, %10,6'sının ise belirgin anksiyeteye sahip olduğu bulunmuştur. Kamińska ve arkadaşlarının (2015) meme kanserli hastalarla yaptıkları araştırmada mastektomi sonrası hastaların %38,4'ü, meme koruyucu tedavisi alan hastaların %30,4'ünün anksiyete yaşadığı bulunmuştur. Villar ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırmada tanı anında kadınların %45'inde ciddi düzeyde anksiyete, %15,2'sinde ciddi düzeyde sürekli anksiyete durumu saptanmıştır. Başka bir araştırmada meme kanserli hastaların %40,7'sinin sınırdan anksiyetesi, %18,5'inin belirgin anksiyetesi olduğu bulunmuştur (Yeh ve Lee, 2015). Bu araştırmada anksiyete oranlarının diğer araştırmalardan farklılık göstermesi yapılan araştırmaların meme kanserinin farklı süreçlerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Bu araştırmada meme kanserli kadınların %10,6'sı sınırdan depresyonda, %13,9'unun belirgin depresyonda olduğu saptanmıştır. Meme kanserli hastalarla yapılan bir araştırmada deney grubunda bulunan hastaların %13,9'unda, kontrol grubunda bulunan hastaların %8,5'inde depresyon tanısı olduğu bulunmuştur (Vin-Raviv ve ark., 2015). Başka bir araştırmada meme kanseri cerrahisi olmadan önce hastaların %27'sinin orta ya da şiddetli düzeyde depresyonda olduğu belirtilmiştir (Mansano-Schlosser ve ark., 2017). Başka bir araştırmada yeni teşhis konulan hastaların %76,3'ünün, mastektomi geçiren hastaların ise %53,3'ünün depresyonda olduğu bulunmuştur (Cordero ve ark., 2015). Marijanovic' ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir araştırmada meme kanserli hastaların %26,2'sinde hafif düzey, %6,9'unda orta düzey, %1,7'sinde ciddi düzey ve %5,4'ünde çok ciddi düzeyde depresyonu olduğu bulunmuştur. Meme kanseri tanılı kadınlarda görülen depresyon durumlarının yapılan araştırmalarda farklılık göstermesi araştırmaların hastalık sürecinin farklı zamanlarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada gelir durumu düşük olan hastaların anksiyete puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Hassan ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir

araştırmada gelir durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ve düşük gelir durumunun meme kanserli hastalarda anksiyete görölme olasılığını iki kat daha artırdığı bulunmuştur. Daştan ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında meme kanserli hastalarda düşük gelir durumu anksiyete için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Anksiyete puan ortalamaları, düşük gelir durumuna sahip hastalarda orta ve yüksek gelir durumundaki hastalara göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Gelir durumu düşük olan meme kanserli kadınların kanser gibi maliyetli bir hastalığın masraflarını karşılamakta zorluk yaşayabilme durumu anksiyete düzeyini artırmış olabilir.

Bu araştırmada köyde yaşayan meme kanserli kadınların anksiyete puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Tsaras ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları araştırmada köyde yaşayan hastaların %51,7'sinde, yarı kentsel bölgede yaşayan hastaların % 27,8'inde, kentte yaşayan hastaların ise %27,6'sında anksiyete durumu saptanmıştır. Kitano ve arkadaşlarının (2015) meme kanseri şüphesiyle taramalara katılan bireylerle yaptıkları araştırmada il dışında yaşamak ile anksiyetenin birbiri ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Köyde yaşayan meme kanserli kadınların sağlık merkezlerine uzak olması anksiyete düzeyini artırmış olabilir.

Bu araştırmada kadınların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre arttıka anksiyete puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). Al-Zaben ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında meme kanseri tanısından itibaren geçen süre ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Esch ve ark., 2012). Meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre arttıka kanserin evresinin artabileceği ve organ metastazları olabileceği için hastaların anksiyete düzeyleri yüksek olabilir.

Bu araştırmada meme kanserine yönelik ameliyat olan hastalarda anksiyete puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Khan ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada mastektomi sonrası hastalarda anksiyetenin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Husić ve Mesić, 2010; Hansen ve ark., 2014). Bařka bir araştırmada radikal mastektomi yapılan hastaların %77,5'inde orta düzeyde, %15'inde şiddetli düzeyde anksiyete bulunmuştur (Li ve ark., 2012). Elde edilen sonucun literatür ile uyumlu olduğu görölmektedir. Ameliyat olan meme kanserli kadınlarda anksiyetenin yüksek olması cerrahi girişimin hastalarda oluşturabileceği stresten ve cerrahi işlem sonrası oluşabilecek komplikasyonlardan kaynaklanabilir.

Bu araştırmada radyoterapi alan hastaların anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Li ve arkadaşlarının (2018) yaptığı araştırmada meme kanserli hastaların radyoterapi tedavisi aldıktan sonra hastalarda anksiyetenin anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur (Kishan ve ark., 2016). Radyoterapi tedavi sürecinin farklı olması ve ciddi yan etkilerin görülebilmek ihtimaline bağlı radyoterapi tedavisi alan meme kanserli kadınlarda anksiyetenin yüksek olması beklenebilir.

Bu araştırmada sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Fanakidou ve arkadaşlarının (2018) yaptığı araştırmada mastektomi sonrası sağlık durumunu kötü olarak algılayan meme kanserli hastaların daha fazla anksiyete deneyimlediği saptanmıştır. Meme kanserli hastalara yapılan bir araştırmada negatif sağlık algısına sahip hastalarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tang ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2017). Elde edilen sonuç literatür ile uyumludur. Kanser kronik dejeneratif bir hastalıktır. Meme kanserli kadınlar hastalığın yan etkilerine bağlı olarak sağlık durumunu kötü olarak algılayabilir ve bu durum anksiyete düzeyini artırabilir.

Araştırma kapsamına alınan köyde yaşayan meme kanserli kadınların depresyon puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kitano ve arkadaşlarının (2015) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada il dışında yaşamak ile depresyonun birbiri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Başka bir araştırmada köyde yaşayan meme kanserli hastaların %10-25'inde major depresyon tanısının olduğu saptanmıştır (Aylward ve ark., 2012). Köyde yaşayan meme kanserli kadınların sağlık merkezlerine uzak olması depresyon düzeyini artırmış olabilir.

Bu araştırmada kadınların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre arttıca depresyon puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). Cvetković ve arkadaşlarının (2016) meme kanserli hastalara yaptıkları araştırmada ilk tedavisini alan hastaların % 67,7'sinde orta şiddetli depresyon, iki ya da daha sonraki tedavilerini alan hastaların % 32,3'ünde orta şiddetli depresyon saptanmıştır. Bařka bir araştırmada meme kanseri tanısı konulduktan sonra 24 aya kadar hastaların %19,6'sının 10 ve üzeri puan olarak klinik olarak anlamlı depresyonda olduğu bulunmuştur (Avis ve ark., 2015). Meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre arttıca kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri olabileceği, kanserin evresinin artabileceği ve organ metastazları oluşabileceği için hastaların depresyon düzeyleri yüksek olabilir.

Radyoterapi alan meme kanserli hastaların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kawase ve arkadaşlarının (2012) meme kanserli hastalarda yaptığı araştırmada radyoterapi öncesi ve sonrası depresyon düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Radyoterapi alan hastaların depresyon düzeyi almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Başka bir araştırmada radyoterapi öncesi meme kanserli hastaların %4'ünün sınırda, %4'ünün belirgin düzeyde depresyonu olduğu; radyoterapi sonrası hastaların %14'ünün sınırda, %7'sinin belirgin düzeyde depresyonu olduğu saptanmıştır (Courtier ve ark., 2013). Radyoterapi tedavi sürecinin farklı olması, metastaz ve ciddi yan etkilerin görülebilme ihtimaline bağlı radyoterapi tedavisi alan meme kanserli hastalarda depresyon puanının yüksek olması beklenebilir.

Araştırmada sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kus ve arkadaşlarının (2017) meme kanserli hastalarla yaptığı bir araştırmada pozitif hastalık algısı daha düşük olan hastaların daha fazla depresyon sergilediğini ve bunun tam tersinin de doğru olduğu bulunmuştur. Hastalık evresine bakılmaksızın hastalık algısı puanı ile depresyon puanı arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (Zhang ve ark., 2017). Meme kanserli hastalar ile yapılan bir araştırmada depresyonun hastalık algısını etkileyebileceği bulunmuştur (Shim ve ark., 2017). Meme kanserli kadınlar kullanılan kemoterapi ilaçlarının ciddi yan etkilerine bağlı olarak sağlık durumunu kötü olarak algılayabilir ve bu durumda depresyon düzeyini artırabilir.

Bu araştırmada meme kanserli kadınların cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğu bulunmuştur. Leila ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir araştırmada meme kanserli hastaların %53,2'sinde kanserden sonra cinsel ilişki sıklığında azalma, hastaların %80,9'unda azalmış cinsel çekicilik ve hastaların %42,5'inde disparoni durumları bulunmuştur. Başka bir araştırmada meme kanserli kadınların %34'ünde cinsel işlev bozukluğu görüldüğü saptanmıştır (Corte's-Flores ve ark., 2017). Başka bir araştırmada meme kanserli kadınların hastalıktan sonra %63,3'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu bulunmuştur (Daldoul ve ark., 2017). Bu araştırmada cinsel yaşam kalitesinin diğer araştırma sonuçlarından farklı olması cinselliğin öznel, bireyden bireye farklılık gösterebilen, yaş ve deneyimle de değişebilen bir kavram olmasından kaynaklanabilir.

Bu araştırmada ilçede yaşayan hastaların CYKÖ puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Kowalczyk ve arkadaşlarının (2018) meme kanserli kadınlarla

yaptıkları araştırmada yaşanılan yerin köy ya da kent olması ile cinsel fonksiyonlar arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. İlçede yaşayan meme kanserli kadınların sağlık merkezlerine uzak olması cinsel yaşam kalitesini azaltabilir.

Araştırmada ailesinde meme kanseri olan hastaların CYKÖ puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Abu-Helalah ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada ailesinde meme kanseri olan hastalarda cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ailesinde meme kanseri bulunan hastalar meme kanseri yaşayan yakınlarından hastalıkla ilgili bilgi alabilir, kanserle ilgili yaşadığı olumsuz deneyim ve tecrübelerine ortak olabilir. Bu durumun önyargılara, cinsel konularda korkuya ve çekinmeye neden olarak cinsel yaşamı olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık durumunu kötü olarak algılayan meme kanserli kadınların CYKÖ puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Barel-Shoshani ve arkadaşlarının (2017) meme kanserli hastalara yaptığı araştırmada kadınların hastalıktan sonra kendini algılamalarında değişiklik olduğunu ve bu durumda kadınlıklarına ve/veya çekicilik kaybına işaret edebileceğini bulunmuştur. Başka bir araştırmada radikal mastektomi yapılan hastalarda kadınlık algısı kaybı ile birlikte cinsel işlev bozukluğu yaygınlığının daha yüksek olabileceğini saptamıştır (Corte's-Flores ve ark., 2017). Kemoterapi alan meme kanserli kadınlar tedavinin ciddi yan etkilerine bağlı sağlık durumlarını kötü olarak algılayabilir ve bu durumda cinsel yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilir.

Bu araştırmada anksiyete ve depresyon düzeyi arttıka cinsel yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Alacacıoğlu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada yüksek düzeyde anksiyetesi ve depresyonu olan meme kanserli hastaların cinsel sorunlardan etkilendiği bulunmuştur. Başka bir araştırmada meme kanserli hastaların ameliyattan bir yıl sonra kanser teşhis ve tedavisinin hastaları cinsel yaşam ve anksiyete problemleri ile hala etkilediğini bulunmuştur (Hartl ve ark., 2010). Kemoterapi tedavisine bağlı meme kanserli kadınlarda anksiyete, depresyon ve cinsel sorunlar yaşanabilir. Bu sorunlar birbiri ile ilişkili olup birbirinden etkilenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada meme kanserli kadınların %10,6'sının belirgin anksiyeteye, %13,9'unun belirgin depresyonda olduğu saptanmıştır.

Gelir durumu düşük olan hastaların anksiyete puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Köyde yaşayan meme kanserli hastaların anksiyete puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmada kadınların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre arttıkça anksiyete puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Meme kanserine yönelik ameliyat olan hastalarda anksiyete puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Radyoterapi alan hastaların anksiyete puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların anksiyete puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Köyde yaşayan hastaların depresyon puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu araştırmada kadınların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen süre arttıkça depresyon puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Radyoterapi alan meme kanserli hastaların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmada sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Meme kanserli kadınların cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğu bulunmuştur.

İlçede yaşayan hastaların CYKÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Ailesinde meme kanseri olan hastaların CYKÖ puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu araştırmada anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Onkoloji alanında çalışan hemşireler Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hemşiresi ile işbirliği yaparak öncelikle durumu iyi olmayan, köyde yaşayan, ameliyat olan, radyoterapi tedavisi alan ve sağlığını kötü olarak algılayan meme kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon görülme riski daha fazla olduğu için bu gruba yönelik, teşhisten itibaren zorlu hastalık sürecine daha kolay bir şekilde uyum sağlayabilmesi için hastalara sürece yönelik kapsamlı eğitim vermeli ve danışmanlık yapmalıdır.

Meme kanseri tanısı alan kadınlara tanı konulduğu andan itibaren düzenli olarak anksiyete ve depresyon taramaları yapılmalıdır.

Onkoloji alanında çalışan hemşireler multidisipliner işbirliği yaparak anksiyete ve depresyon için riskli olan meme kanserli kadınları erken dönemde tespit edip, hastalara bu konuyla ilgili ne yapması gerektiğine yönelik eğitim vermeli ve danışmanlık yapmalıdır.

Onkoloji alanında çalışan hemşireler Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Hemşiresi ile işbirliği yaparak öncelikle ailesinde meme kanseri varlığı olan, ilçede yaşayan ve sağlığını kötü olarak algılayan meme kanserli hastalarda cinsel yaşam kalitesi daha düşük olduğu için bu gruba yönelik teşhisten itibaren hastaların cinsel yaşam kalitesini artırmak için hastalara cinsel sağlık sorunlarına yönelik eğitim vermeli ve danışmanlık hizmetleri yürütülmelidir.

Hemşireler hastaların cinsel yaşam ile ilgili sorunlarını daha erken tespit edilebilmesi için hastalarla terapötik iletişim kurmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abu-Helalah M, Al-Hanaqta M, Alshraideh H, Abdulbaqi N, Hijazeen J. Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(14):5927-5936.
- Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *J Breast Health* 2015; 11: 31-38.
- Aksoy YE, Turfan EÇ, Sert E, Mermer G. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health* 2015; 11: 26-30.
- Alacacıoğlu A, Ülger E, Varol U, Yıldız İ, Salman T, Bayoğlu V, Dirican A, Akyol M, Yıldız Y, Küçükzeybek Y, Alacacıoğlu İ, Tarhan MO. Effects of tamoxifen on premenopausal breast cancer patients in terms of anxiety, depression, quality of life and sexual satisfaction. *Acta Oncologica Turkica* 2014;1-8.
Doi: 10.5505/aot.2014.72692.
- Alazmi SF, Alkhabbaz A, Almutawa HA, Ismaiel AE, Makboul G, El-Shazly MK. Practicing breast self-examination among women attending primary health care in Kuwait. *Alexandria Journal of Medicine* 2013; 49: 281–286.
- Albaa LH, Díaz S, Gamboa O, Poveda C, Henao A, Perry F, Duggan C, Gil F, Murillo R. Accuracy of mammography and clinical breast examination in the implementation of breast cancer screening programs in Colombia. *Preventive Medicine* 2018; 115:19–25.
- Almont T, Delannes M, Ducassou A, Corman A, Bondil P, Moyal E, Schover L, Huyghe E. Sexual quality of life and needs for sexology care of cancer patients admitted for radiotherapy: a 3-month cross-sectional study in a regional comprehensive reference cancer center. *J Sex Med* 2017;14(4):566-576.
- Aylward A, Kreshka MA, Parsons R, Friederichs-Fitzwater M, Ferrier S, Castillo A, Koopman C. Access to mental health care in rural communities among women diagnosed with breast cancer. *Breast J* 2012;18(6):630–631.
- Al-Zaben FN, Sehlo MG, Koenig HG. A cross-sectional study of anxiety and marital quality among women with breast cancer at a university clinic in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2015; 36(10):1168-1175.
- American Cancer Society, 2016. Anxiety, fear, and depression having cancer affects your emotional health. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/emotional-side-effects/anxiety-fear-depression.html>, Erişim Tarihi: 03.11.2018.

- American Cancer Society, 2018. Breast cancer early detection and diagnosis. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection.html>, Erişim Tarihi: 13.10.2018.
- American Cancer Society, 2018. Breast cancer risk and prevention. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html>, Erişim Tarihi: 13.10.2018.
- American Cancer Society, 2015. Cancer basics. <https://cancer.org/cancer/cancer-basics.html>, Erişim Tarihi: 10.08.2018.
- American Cancer Society, 2016. Surgery for breast cancer. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html>, Erişim Tarihi: 10.10.2018.
- American Cancer Society, 2018. Treating breast cancer. <https://www.Cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment.html>, Erişim Tarihi: 01.11.2018.
- American Cancer Society, 2018. What is breast cancer?. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>, Erişim Tarihi: 08.10.2018.
- American Nurses Assosiation, 2018. What is nursing?. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>, Erişim Tarihi: 30.10.2018.
- American Psychiatric Assosiation, 2017. What is depression? <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>, Erişim Tarihi: 02.11.2018.
- American Psychological Association, 2018. Anxiety. <https://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>, Erişim Tarihi: 02.11.2018.
- American Psychological Association, 2018. Breast cancer. <https://www.apa.org/helpcenter/breast-cancer.aspx>, Erişim Tarihi: 02.09.2018.
- American Psychological Association, 2018. Depression. <https://www.apa.org/topics/depression/index.aspx>, Erişim Tarihi: 02.11.2018.
- Avis NE, Levine BJ, Case LD, Naftalis EZ, Zee KJV. Trajectories of depressive symptoms following breast cancer diagnosis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2015; 24(11):1789-1795.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg* 1997; 8(4):280-287.

- Babuş S, Eser E. Manisa’da seçilmiş iki bölgede meme kanseri ve erken tanı yöntemleri açısından bilgi, tutum ve davranış araştırması. *Sted* 2017; 26(6): 221-230.
- Barel-Shoshania ZA, Kreitler S. Changes in self-perception following breast cancer as expressed in self-figure drawings: present-past. *Arts Psychother* 2017; 55:136-145.
- Bayraktar S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Korkulu Rüyamız Kanser*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 26-27.
- Birhane K, Alemayehu M, Anawte B, Gebremariyam G, Daniel R, Addis S, Worke T, Mohammed A, Negash W. Practices of breast self-examination and associated factors among female debre berhan university students. *Int J Breast Cancer* 2017; 1-6. <https://doi.org/10.1155/2017/8026297.201>.
- Burnet K. Radiotherapy as a treatment for breast cancer. Harmer V, Editor. *Breast Cancer Nursing Care and Management*. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 2011;173-189.
- Cabioğlu N. Memenin anatomisi ve fizyolojisi. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M, Utkan Z, Editörler. *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2012; 3-16.
- Canser Research UK, 2017. Depression. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/emotionally/cancer-andyour-emotions/depression>, Erişim Tarihi: 03.11.2018.
- Canser Research UK, 2017. Surgery for breast cancer. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/breast-cancer/treatment/surgery>, Erişim Tarihi: 19.10.2018.
- Cavanaugh BC, McNally S. Mammography. Sauter E, Daly MB, Editors. *Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection*. 2010; 117-132.
- Cobo-Cuenca AI, Martin-Espinosa NM, Sampietro-Crespo A, Rodriguez-Borrego MA, Carmona-Torres JM. Sexual dysfunction in spanish women with breast cancer. *Pos One* 2018; 13(8): 1-13.
- Cordero MJA, Villar NM, Sánchez MS, Pimentel-Ramírez ML, García-Rillo A, Valverde EG. Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México city. *Nutr Hosp* 2015; 31(1):371-379.
- Corte’s-Flores AO, Vargas-Meza A, Morgan-Villela G, Jimenez-Tornero J, Valle CJZF, Solano-Genesta M, Miranda-Ackerman RC, Va’zquez-Reyna I, Garcı’a-Gonza’lez LA, Cervantes-Cardona GA, Cervantes-Guevara G, Fuentes-Orozco C, Gonza’lez-Ojeda A. Sexuality among women treated for breast cancer: a survey of three surgical procedures. *Aesth Plast Surg* 2017; 41:1275-1279.

- Courtier N, Gambling T, Enright S, Barrett-Lee P, Abraham J, Mason MD. Psychological and immunological characteristics of fatigued women undergoing radiotherapy for early-stage breast cancer. *Support Care Cancer* 2013; 21:173–181.
- Cvetković J, Nenadović M. Depression in breast cancer patients. *Psychiatry Research* 2016; 240: 343-347.
- Daldoul A, Ahmed KB, Tlili G, Krir MW, Gharbi O, Ahmed SB. Female sexuality in premenopausal patients with breast cancer on endocrine therapy. *Breast J* 2017; 23(4): 489-491.
- Daştan NB, Buzlu S. Depression and anxiety levels in early stage Turkish breast cancer patients and related factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12:137-141.
- Demirkıran F. Duygulanım ve duygudurum problemleri. Öz F, Demiralp M, Çeviri Editörleri. *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*. 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014; 99-129.
- Denizgil T, Sönmez İ. Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. *Yeni Symposium* 2015; 53(3):17-25.
- DSÖ, 2018. Breast Cancer: prevention and control. <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>, Erişim Tarihi: 22.10.2018.
- DSÖ, 2018. Cancer. <https://www.who.int/cancer/en/>, Erişim Tarihi: 05.10.2018.
- DSÖ, 2018. Early diagnosis and screening. <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/en/>, Erişim Tarihi: 16.10.2018.
- DSÖ, 2018. Nursing. <https://www.who.int/topics/nursing/en/>, Erişim Tarihi:04.11.2018.
- DSÖ, 2018. Sexual and reproductive health. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/, Erişim Tarihi: 16.10.2018.
- Elmore JG. Breast Cancer Screening: balancing evidence with culture, politics, money, and media. Houssami N, Miglioretti D, Editors, *Breast Cancer Screening An Examination of Scientific Evidence*. USA, Elsevier. 2016; 2-24.
- Eryılmaz G. Laktasyon ve emzirme. Şirin A, Kavlak O, Editörler, *Kadın Sağlığı*, 2.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 488- 505.

- Esch LV, Roukema JA, Ernst MF, Nieuwenhuijzen GAP, Vries D. Combined anxiety and depressive symptoms before diagnosis of breast cancer. *J Affect Disord* 2012; 136 (3): 895-901.
- Fadıoğlu , Yeşilbakan ÖU. Meme anatomisi ve fizyolojisi. Fadıoğlu , Editör, Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım. Adana, Adana Nobel Kitabevi. 2011;1-6.
- Fadıoğlu , Yeşilbakan ÖU, Yıldırım Y. Meme kanseri hemşireliği. Fadıoğlu , Editör, Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım. Adana, Adana Nobel Kitabevi. 2011;1-6.
- Fanakidou I, Zyga S, Alikari V, Tsironi M, Stathoulis J, Theofilou P. Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Qual Life Res* 2018; 27:539-543.
- Fenlon D, Townsend K. Endocrine treatment for breast cancer. Harmer V, Editor. *Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition*, London, Blackwell Publishing. 2011; 190-214.
- Geyikci R, akmak S, Demirkol ME, Uguz S. Correlation of anxiety and depression levels with attitudes towards coping with illness and sociodemographic characteristics in patients with a diagnosis of breast cancer. *J Neurol Sci Psychiatry* 2018; 31(3):246-257.
- GLOBOCAN, 2018. Cancer fact sheets. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>, Erişim Tarihi: 21.10.2018.
- GLOBOCAN, 2018. New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>, Erişim Tarihi: 05.10.2018.
- Goodson WH. Clinical breast examination and breast self-examination. Sauter E, Daly MB, Editors. *Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection*. London. Springer Science, Business Media. 2010; 81-116.
- Grimsey E. An overview of the breast and breast cancer. Harmer V, Editor. *Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition*, London, Blackwell Publishing. 2011; 1-18.
- Gürsoy A, Candaş B. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde erken tanının önemi. Demirbağ BC, Editör. *Sağlığı Koruma ve Geliştirme*. 1. Baskı, Ankara, Gökтуđ Basın Yayın. 2016; 275-291.
- Hansen MV, Andersen LT, Madsen MT, Hageman I, Rasmussen LS, Bokmand S, Rosenberg J, Ismail Gögenur I. Effect of melatonin on depressive symptoms and anxiety in patients undergoing breast cancer surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Breast Cancer Res Treat* 2014; 145:683-695.

- Harmer V. Surgery for breast cancer. Harmer V, Editor. Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 2011; 81-102.
- Härtl K, Schennach R, Müller M, Engel J, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Quality of life, anxiety, and oncological factors: a follow-up study of breast cancer patients. Psychosomatics 2010; 51(2):112-123.
- Hassan MR, Shah SA, Ghazi HF, Mujar NMM, Samsuri MF, Baharom N. Anxiety and depression among breast cancer patients in an urban setting in Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev 2015; 16 (9):4031-4035.
- Henderson IC. Breast Cancer Fundamentals of Evidence-Based Disease Management. New York, Oxford University Press. 2015; 1-23.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete 19 Nisan 2011/27910. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.html>, Erişim Tarihi: 30.10.2018.
- Hiler SM, Mina A, Mina LA. Breast cancer risk factors. Mina LA, Stornilo AM, Kipfer HD, Hunter C, Ludwig KK, Editors. Breast Cancer Prevention and Treatment. Switzerland, Springer International Publishing. 2016; 5-12.
- Husić S, Mesić D. Daily hospice: depression and anxiety after mastectomy for breast cancer. Acta Clin Croat 2010; 49(1):19-24.
- İlhan N, Çöl AG, Tanboğa E, Şengül A, Batmaz M. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları. J Breast Health 2014; 10:147-153.
- Kamińska M, Kubiowski T, Ciszewski T, Czarnocki KJ, Makara-Studzińska M, Bojar I, Starosławska E. Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. Ann Agric Environ Med 2015; 22(1):185-189.
- Kawase E, Karasawa K, Shimotsu S, Izawa H, Hirowatari H, Saito AI, Ito K, Horikawa N. Estimation of anxiety and depression in patients with early stage breast cancer before and after radiation therapy. Breast Cancer 2012; 19:147-152.
- Kaymakçı Ş. Meme hastalıkları. Karadakovan A, Aslan F, Editörler, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Tıp Kitabevleri. 2010; 977-1002.
- Khan S, Khan NA, Rehman AU, Khan I, Samo KA, Memon AS. Levels of depression and anxiety post-mastectomy in breast cancer patients at a public sector hospital in karachi. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(3):1337-1340.
- Kim MS, Kim SY, Kim JH, Park B, Choi HG. Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: a national cohort study. PloS One 2017; 12(4):1-11.

- Kingston B, Capelan M. Fatigue in breast cancer survivors. Ring A, Parton M, Editors. *Breast Cancer Survivorship Consequences of Early Breast Cancer and Its Treatment*. Switzerland, Springer International Publishing. 2016; 261-281.
- Kishan AU, Wang PC, Sharif J, Kupelian PA, Steinberg ML, McCloskey SA. Clinical indicators of psychosocial distress predict for acute radiation-induced fatigue in patients receiving adjuvant radiation therapy for breast cancer: an analysis of patient-reported outcomes. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2016; 95(3):946-955.
- Kitano A, Yamauchi H, Hosaka T, Yagata H, Hosokawa K, Ohde S, Nakamura S, Takimoto M, Tsunoda H. Psychological impact of breast cancer screening in Japan. *Int J Clin Oncol* 2015; 20:1110–1116.
- Kowalczyk R, Nowosielski K, Cedrych I, Krzystanek M, Glogowska I, Streb J, Kucharz J, Lew-Starowicz Z. Factors affecting sexual function and body image of early-stage breast cancer survivors in Poland: a short-term observation. *Clin Breast Cancer* 2018. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.09.006>.
- Krychman M, Spadt SK, Finestone S. *100 Questions & Answers About Breast Cancer Sensuality, Sexuality and Intimacy*. Canada, Jones & Bartlett Learning. 2011; 91-138.
- Kus T, Aktas G, Ekici H, Elboga G, Djamgoz S. Illness perception is a strong parameter on anxiety and depression scores in early-stage breast cancer survivors: a single-center cross-sectional study of Turkish patients. *Support Care Cancer* 2017; 25:3347-3355.
- Leila M, Nada C, Kais C, Jawaher M. Sexuality after breast cancer: cultural specificities of Tunisian population. *Pan Afr Med J* 2016; 25(17):1-10.
- Lennan E. Chemotherapy as a treatment for breast cancer. Harmer V, Editor. *Breast Cancer Nursing Care and Management*. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 2011; 149-172.
- Li Z, Geng W, Yin J, Zhang J. Effect of one comprehensive education course to lower anxiety and depression among Chinese breast cancer patients during the postoperative radiotherapy period-one randomized clinical trial. *Radiation Oncology* 2018; 13(111):1-10.
- Li XM, Zhou KN, Yan H, Wang DL, Zhang YP. Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial. *J Adv Nurs* 2012; 68(5):1145-1155.
- Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF, Valerio TD. Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery. *Appl Nurs Res* 2017; 34:7–11.

- Marijanovi I, Pavlekovi G, Buhovac T, Martinac M. The relationship between health locus of control, depression, and sociodemographic factors and amount of time breast cancer patients wait before seeking diagnosis and treatment. *Psychiatr Danub* 2017; 29(3):330-344.
- Mental Health Foundation, 2018. Supporting the emotional and mental health needs of people with cancer. <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/supporting-mental-health-needs-of-people-with-cancer>, Erişim Tarihi: 04.10.2018.
- McFarland DC, Shaffer KM, Tiersten A, Holland J. Physical symptom burden and its association with distress, anxiety, and depression in breast cancer. *Psychosomatics* 2018; 1-8.
- National Breast Cancer Foundation, 2018. Breast anatomy and how cancer starts. <https://nbcf.org.au/about-national-breast-cancer-foundation/about-breast-cancer/what-you-need-to-know/breast-anatomy-cancer-starts/>, Erişim Tarihi: 15.10.2018.
- National Breast Cancer Foundation, 2016. Early detection. <https://www.nationalbreastcancer.org/early-detection-of-breast-cancer>, Erişim Tarihi: 18.09.2018.
- National Breast Cancer Foundation, 2018. Radiation therapy. <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-radiation-therapy>, Erişim Tarihi: 28.10.2018.
- National Breast Cancer Foundation, 2018. Treatment. <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-treatment>, Erişim Tarihi: 28.10.2018.
- National Breast Cancer Organization, 2018. Breast anatomy. <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-anatomy>, Erişim Tarihi: 16.10.2018.
- National Cancer Institute, 2018. Sexual health issues in women with cancer. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/sexuality-women>, Erişim Tarihi: 15.10.2018.
- National Cancer Institute, 2015. What is cancer? <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>, Erişim Tarihi: 08.08.2018.
- National Institute of Mental Health, 2018. Depression. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>, Erişim Tarihi: 16.10.2018.
- Newcomb PO, Wernli KJ. Risk factors. Sauter E, Daly MB, Editors. *Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection*. London. Springer Science, Business Media. 2010; 3-22.

- Oktay A. Mamografi. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M, Utkan Z, Editörler. Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2012; 3-16.
- Öz F. Hemşireliğin psikososyal yönleri. Öz F, Demiralp M, Çeviri Editörleri. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014; 1-6.
- Özkan S. Meme kanseri ve liyezon psikiyatrisi. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M, Utkan Z, Editörler. Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2012; 611-618.
- Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Davinia Seah D, Schapira L, Steven E. Come SE, Partridge AH. Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics* 2018; 59(3):251–258.
- Parks PJ. What causes breast cancer? *Breast Cancer Diseases and Disorders*. The United States. 2014; 33-43.
- Pennery E, Speechley V, Rosenfield M. Breast cancer. *Breast Cancer*. London, Class Publishing. 2009; 1-18.
- Pennery E, Speechley V, Rosenfield M. Treatment and care. *Breast Cancer*. London, Class Publishing. 2009; 32-71.
- Pennery E, Speechley V, Rosenfield M. Life with and after breast cancer. *Breast Cancer*. London, Class Publishing. 2009; 122-145.
- Provencher L, Hogue JC, Desbiens C, Poirier B, Poirier E, Boudreau D, Joyal M, Diorio C, Duchesne N, Chiquette J. Is clinical breast examination important for breast cancer detection?. *Curr Oncol* 2016; 23(4):332-339.
- Purkayastha D, Venkateswaran C, Nayar K, Unnikrishnan UG. Prevalence of depression in breast cancer patients and its association with their quality of life: a cross-sectional observational study. *Indian J Palliat Care* 2017; 23(3):268-273.
- Ramani KV, Ramani H, Alurkar SS, Ajaikumar BS, Trivedi RG. *Breast Cancer*. Campbell AM, Editor. *Breast Cancer Medical Treatment, Side Effects and Complementary Therapies*. First edition, New York, Momentum Press. 2017;9-20.
- Ramani KV, Ramani H, Alurkar SS, Ajaikumar BS, Trivedi RG. *Breast Cancer: psychosocial side effects*. Campbell AM, Editor. *Breast Cancer Medical Treatment, Side Effects and Complementary Therapies*. First edition, New York, Momentum Press. 2017; 55-64.

- Ramani KV, Ramani H, Alurkar SS, Ajaikumar BS, Trivedi RG. Medical treatment. Campbel AM, Editor. Breast Cancer Medical Treatment, Side Effects and Complementary Therapies. First edition, New York, Momentum Press. 2017;9-20.
- Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Karen S. Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, Cannady RS, Mandi L. Pratt-Chapman ML, Edge SB, Jacobs LA, Hurria A, Marks LB, LaMonte SJ, Ellen Warner E, Lyman GH, Ganz PA. American cancer society/american society of clinical oncology breast cancer survivorship care guideline. Journal Clin Oncol 2016; 66:43-73.
- Rogers J, Turner M. Psychological issues for the patient with breast cancer. Harmer V, Editor. Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 2011; 309-328.
- Sağlık Bakanlığı, 2017. Kanser nedir. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri>, Erişim Tarihi: 05.10.2018.
- Sağlık Bakanlığı, 2017. Meme kanseri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/400-meme-kanseri.html>, Erişim Tarihi: 06.10.2018.
- Sağlık Bakanlığı, 2018. Meme kanseri farkındalık ayı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/6-meme-kanseri-farkindalik-ayi.html>, Erişim Tarihi: 23.10.2018.
- Sağlık Bakanlığı, 2017. Meme kanseri tarama programı ulusal standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program-ulusal-standartlar.html>, Erişim Tarihi: 17.09.2018.
- Sağlık Bakanlığı, 2016. Sağlık istatistikleri yıllığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html>, Erişim Tarihi: 30.09.2018.
- Sağlık Bakanlığı, 2017. 2015 Türkiye kanser istatistikleri <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/1026-2015-yili-turkiye-kanser-istatistikleri.html>, Erişim Tarihi: 24.10.2018.
- Shim EJ, Hahm BJ, Yu ES, Kim HK, Cho SJ, Chang SM, Yang JC, Kim JH. Prevalence, Correlates, And Impact Of Depressive And Anxiety Disorder In Cancer: Findings From A Multicenter Study. Cambridge University Press. 2018; 16(5): 552-565.
- Shim EJ, Lee JW, Min YH. Does depression decrease the moderating effect of self efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer?. Psychooncology 2018; 27:539-547.

- Streicher L, Simon JA. Sexual Function Post-Breast Cancer . Gradishar WJ,Editor. Optimizing Breast Cancer Mangement. Switzerland, Springer International Publishing. 2018;167-185.
- Sumner E. Advanced disease. Harmer V, Editor. Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 2011; 251-281.
- Şen S, Başar F. Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. The Journal Of Breast Cancer 2012; 8(4):185-190.
- Tang L, Fritzsche K, Leonhart R, Pang Y, Li J, Song L, Irmela Fischer I, Maiké Koch M, Alexander Wuensch A, Ricarda Mewes R, Rainer Schaefer R. Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in chinese breast cancer patients. Health Qual Life Outcomes 2017; 15:1-10.
- Taşkın L. Meme Neoplazileri. Taşkın L. Editör, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi.2016; 815-823.
- Taşkın L. Üreme sisteminin anatomisi. Taşkın L, Editör, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2016; 43-54.
- Thompson PA, Stopeck AT. Breast cancer prevention. Alberts DS, Hess LM, Editors. Fundamentals of Cancer Prevention. Second Edition, Berlin. 2008; 347-376.
- Tortorice PV. Cytotoxic Chemotherapy: principles of therapy. Yarbro CH, Wujcik, Gobel B, Editors. Cancer Nursing Principles and Practice. Seventh Edition, Boston, Toronto, London, Singapore, Jones and Bartlett Publishers. 2011; 352-389.
- Towers R. Psychological issues in breast cancer survivorship. Ring A, Parton M, Editors. Breast Cancer Survivorship Consequences of Early Breast Cancer and Its Treatment. Switzerland, Springer International Publishing. 2016; 249-2.
- Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, Fradelos EC. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. Asian Pac J Cancer Prev 2018; 19 (6):1661-1669.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği - kadın türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2010; 32: 172-180.
- Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado TS, Barreiro VB, Martín CG. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. Rev Lat Am Enfermagem 2017; 25:1-13.
- Vin-Raviv N, Akinyemiju TF, Galea S, Bovbjerg DH. Depression and anxiety disorders among hospitalized women with breast cancer. PloS One 2015; 10(6).1-14.

Vural G. Meme kanseri, beden imajı, cinsel sorunlar ve fertilitte. Fadıoğlu , Editör, Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım. Adana, Adana Nobel Kitabevi. 2011;115-121.

Yeh ML, Lee TY. A Prospective study of the relationship between psychological factors and breast cancer. Asia Pac J Oncol Nurs 2016; 3(2):170-175.

Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B, Güler SA. Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. Noro Psikiyatı Ars 2009; 46:175-181.

Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan KKK, Lee C, Ng A, Sze WK, Tsang J, Lee V, Lam WWT. Psychometric assessment of the chinese version of the brief illness perception questionnaire in breast cancer survivors. PloS One 2017; 12(3):1-10.



EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma meme kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam kalitesini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bilgileriniz saklı tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....

2. Kardeş sayınız 1. Var()..... 2. Yok()

3. Eğitim durumunuz 1. Okur-yazar değil() 2. İlköğretim mezunu()

3. Ortaokul mezunu() 4. Lise mezunu() 5. Üniversite mezunu()

4. Çalışma durumunuz 1. Çalışıyor() 2. Çalışmıyor()

5. Gelir durumunuz 1. Düşük() 2. Orta() 3. Yüksek()

6. Yaşamınızın büyük çoğunluğunun geçtiği yer 1. İl() 2. İlçe() 3. Köy()

7. Ailede meme kanseri öyküsü var mı? 1. Var() 2. Yok()

8. Meme kanserine yönelik ameliyat oldunuz mu? 1. Evet() 2. Hayır()

9. Radyoterapi tedavisi aldınız mı? 1. Evet() 2. Hayır()

10. Hastalıktan sonra arkadaş / iş çevresinin davranışı: 1. Değişti() 2. Değişmedi()

11. Sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz? 1. İyi() 2. Orta() 3. Kötü()

12. İlk şikayetlerinizin başlaması ile doktora başvurmanız arasında geçen süre (gün/ay/yıl belirtiniz):

13. Meme kanseri tanısını aldıktan sonra ne kadar süre geçti? (gün/ay/yıl belirtiniz):

.....

EK-2: HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1.Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2.Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3.Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- Hayır, hiç öyle değil

4.Gülebiliyorum, olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5.Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6.Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7.Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8.Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9.Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10.Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

11.Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12.Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle az
- Hemen hemen hiç

13.Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14.İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Seyrek

EK-3: CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

	Tamamen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Büyük ölçüde katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde hayal kırıklığı hissediyorum.						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi üzgün(depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kızgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde						

eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde utanıyorum.						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünmüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçmıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde bir şeylerimi kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

EK-4: ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
05.09.2017	8	2017/ 191

KARAR NO: 2017 – 191
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'ın danışmanlığında Emel GÜVEN'in " Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışması okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'ın danışmanlığında Emel GÜVEN'in " Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışmasının kabulüne oybirliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR.

EK-5: KURUM İZİNİ



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 15374210-804.01-E.22959
Konu : Dilekçeniz Hk.

02/10/2017

SN. EMEL GÜVEN

Hastanemizdeki meme kanserli hastalara anket uygulama talebiniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN Engin KUYUMCU
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29 engin.kuyumcu@omu.edu.tr
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/> Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr Dahili:2327
5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebysorgu.omu.edu.tr> adresinden 0KUA-OD63-016V kodu ile yapılabilir.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Emel GÜVEN

Doğum Yeri: TOKAT

Doğum Tarihi: 15.10.1991

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu: Tokat Anadolu Lisesi, (2005-2009),
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, (2010-2015).

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Tokat/Zile Devlet Hastanesi, Dahiliye Hemşireliği, (2015-2016),
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı
Hemşireliği, Araştırma Görevlisi, (2016-Halen).

E-posta: emel.guven@omu.edu.tr