

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

**MEME KANSERLİ KADINLARDA  
CİNSEL YAŞAM DEĞİŞİKLİKLERİ  
VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Birgöl VURAL**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Fügen GÖZ**

**ŞANLIURFA  
2009**



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

**MEME KANSERLİ KADINLARDA  
CİNSEL YAŞAM DEĞİŞİKLİKLERİ  
VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Birgöl VURAL**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Fügen GÖZ**

**ŞANLIURFA**

**2009**

## TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimin süresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, deneyim ve bilgisi ile bana daima yol gösteren değerli hocam Prof.Dr. Meliha ATALAY'a, tez danışmanım olarak beni yönlendiren değerli hocam Doç.Dr. Fügen GÖZ'e, öneri ve desteklerinden dolayı değerli hocam Doç.Dr. Zeynep ŐİMŐEK ve Sayın Prof.Dr. MeliŐah ERTEM'e, tezimin hazırlanması ve düzenlenmesi aşamasında destek olan mesai arkadaşlarıma ve sorumlu hemşire Birgül AYDIN'a, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi çalışanlarına, her zaman bana güvenen ve yanımda olan aileme ve değerli arkadaşım A.Kadir DOğRU'ya,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

**Birgül VURAL**

**2009**

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
TABLolar DİZİNİ .....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT .....	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Memenin Anatomisi .....	7
2.2. Meme Kanserinin Tarihçesi .....	8
2.2.1. Meme Kanserinin Görülme Sıklığı ve Mortalitesi.....	8
2.3. Meme Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri .....	9
2.4. Meme Kanserinde Klinik Bulgular ve Tanı Yöntemleri.....	10
2.5. Türkiye’de Kadına Bıçılan Cinsel Rol.....	10
2.6. Meme Kanseri ve Cinsellik .....	12
2.6.1. Cinsel Sağlık ve Normal Seksüel Fazlar .....	13
2.6.2. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu .....	15
2.6.3. Cinsel İşlev Bozukluğunun Görülme Sıklığı.....	18
2.7. Meme Kanseri Tedavisinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri.....	19
2.7.1. Cerrahi Tedavi ve Cinsel Yaşam .....	19
2.7.2. Kemoterapi Tedavisi ve Cinsel Yaşam .....	22
2.7.3. Radyoterapi Tedavisi ve Cinsel Yaşam .....	24
2.7.4. Hormon Tedavisi ve Cinsel Yaşam .....	25
2.8. Yaş ve Cinsellik.....	27
2.9. Beden İmajı ve Cinsellik.....	27
2.10. Psikiyatrik Sorunlar ve Cinsellik.....	28

2.11.Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Problemlerin Tedavisi ve Hemşirelik.....	28
3.MATERYAL VE METOD.....	32
3.1.Araştırmanın Tipi ve Örneği .....	32
3.2.Araştırma Soruları .....	32
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler.....	33
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	33
3.5. Uygulama Süreci .....	34
3.6.Araştırmanın Değişkenleri .....	34
3.7. Veri Toplama Araçları.....	34
3.7.1. Hasta Bilgi Formu.....	34
3.7.2. Seksüel Değişiklikler ile İlgili Soru Formu .....	35
3.7.3. Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi Gereksinimleri İle İlgili Soru Formu .....	35
3.7.4. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire).....	35
3.7.5. Genel Sağlık Anketi(GSA).....	36
3.7.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ).....	36
3.8. Araştırmada Geçen Tanımlar .....	37
3.9.Araştırma verisinin analizi .....	37
4. BULGULAR.....	39
4.1. Kadınların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı .....	39
4.2. Meme Kanseri, Bireysel Özellikler ve Tedavilerin Cinsel Yaşama Etkisinin Belirlenmesi .....	41
4.3. Hastaların Cinsellikle İlgili Sorunlarda Bilgi Arama Davranışları ve Bilgi Gereksinimleri.....	57
5. TARTIŞMA .....	59
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER .....	70
7. KAYNAKLAR .....	72
8. EKLER .....	79

## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa no
<b>Tablo 1.</b> Kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı	39
<b>Tablo 2.</b> Cerrahi girişim öncesi ve sonrası uygulanan tıbbi tedavilerin dağılımı	41
<b>Tablo 3.</b> Cerrahi girişim türü ve cerrahi girişimden sonra geçen süre	42
<b>Tablo 4.</b> Tedavilerin kadın ile eşinin ilişkisine etkisi	42
<b>Tablo 5.</b> Tedavilerin cinsel yaşamı etkileme durumu	43
<b>Tablo 6.</b> Hastalık öncesi ve sonrası cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi	44
<b>Tablo 7.</b> Hastalık sonrası cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi	45
<b>Tablo 8.</b> Yaş ortalamaları ile cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması	46
<b>Tablo 9.</b> Menopoz ile cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması	47
<b>Tablo 10.</b> Adet Görme durumu ile cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması	48
<b>Tablo 11.</b> Cerrahi girişim tipi ile cinsel işlevlerin karşılaştırılması	49
<b>Tablo 12.</b> Cerrahi girişimden sonra geçen ortalama süre ile cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlığın dağılımı	49
<b>Tablo 13.</b> Cerrahi tedavi sonrası kemoterapi alanların cinsel yaşamlarındaki değişiklikler	50
<b>Tablo 14.</b> Cerrahi tedavi sonrası radyoterapi alanların cinsel yaşamlarındaki değişiklikler	51
<b>Tablo 15.</b> Cerrahi tedavi sonrası hormon tedavisi alanların cinsel yaşamlarındaki değişiklikler	52
<b>Tablo 16.</b> Çok yönlü beden imajı algısı ölçeğinin ortalama puanlarının ameliyat tipiyle karşılaştırılması	53
<b>Tablo 17.</b> GSA puan ortalaması ile cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması	54
<b>Tablo 18.</b> Hastaların sosyal destek ölçeği puanları	55
<b>Tablo 19.</b> Lojistik regresyon sonuçlarına göre cinsel ilişki süresince ağrı durumunu etkileyen faktörler	55
<b>Tablo 20.</b> Lojistik regresyon sonuçlarına göre cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlığı etkileyen faktörler	56
<b>Tablo 21.</b> Hastaların cinsellikle ilgili sorunlarda bilgi arama davranışları	57
<b>Tablo 22.</b> Hastaların cinsel yaşamla ilgili bilgi gereksinimleri	58

## KISALTMALAR

<b>AFUD</b> (American Foundation of Urologic Disease)	:	Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu
<b>ANA</b> (American Nurses Association)	:	Amerikan Hemşireler Birliği
<b>BRCA</b> (Breast Cancer Gene)	:	Meme Kanseri Geni
<b>DSM IV</b>	:	Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Klavuzu
<b>ER</b>	:	Östrojen Reseptörü
<b>HT</b>	:	Hormon Tedavisi
<b>ICD-10</b>	:	Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması
<b>LSSWISH</b> (International Society for the Study of Women's Sexual Health)	:	Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Çalışmaları Derneği
<b>KT</b>	:	Kemoterapi
<b>LHRH</b>	:	Luteinizan Hormonu Salgılatıcı Hormon
<b>MKT</b>	:	Meme Koruyucu Tedavi
<b>MRG</b>	:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>MRM</b>	:	Modifiye Radikal Mastektomi
<b>NCI</b> ( National Cancer Institute)	:	Amerikan Ulusal Kanseri Enstitüsü
<b>RM</b>	:	Radikal Mastektomi
<b>RT</b>	:	Radyoterapi
<b>PR</b>	:	Progesteron Reseptörü
<b>ONS</b> (Oncology Nursing Society)	:	Onkoloji Hemşireler Derneği
<b>DSÖ</b> (WHO)	:	Dünya Sağlık Örgütü



## ÖZET

### **Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Yaşam Değişiklikleri ve Etkileyen Faktörler**

Birgül VURAL

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Bu araştırma, meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam değişikliklerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Veri toplamada, meme kanserli kadınların bireysel özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanan hasta bilgi formu, seksüel değişiklikler ile ilgili soru formu, Çok Yönlü Beden İmajı Algısı Ölçeği, Genel Sağlık Anketi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve cinsel yaşama ilişkin bilgi gereksinimleri ile ilgili soru formu kullanılmıştır. Analizlerde İki grup arasındaki farkı karşılaştırmada; süreksiz değişkenler için "Ki-kare" önemlilik testi, ortalamaların istatistiksel farklılığı için Mann Whitney U analizi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkileri saptamada Pearson korelasyon testi, cinsel yaşam değişiklikleri üzerindeki risk değişkenlerini belirlemek için Lojistik Regresyon testi kullanılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Mayıs-Ekim 2008 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde takip ve tedavi edilen 55 meme kanserli kadın oluşturmuştur. Çalışma kapsamına alınan kadınların yarısından fazlasında cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yaş ortalamaları ( $46.90\pm 9.73$ ) ile cinsel ilişki süresince kurulum ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Menopozda olmanın, kadında cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını anlamlı bir şekilde arttırdığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Radyoterapi alan hastalarda, cinsel ilişkiden rahatsızlık duyma ve cinsel istekte azalma olduğu saptanırken hormon tedavisi alanlarda ağrı bozukluğunun ve cinsel ilişkiden rahatsızlığın anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Cinsel işlev bozuklukları için risk değişkenlerinin belirlenmesi amacı ile kullanılan Lojistik Regresyon analiz sonucuna göre, menopoz, radyoterapi ve hormon tedavisinin cinsel işlev bozukluklarını anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır (p<0.05). Araştırmaya katılan hastaların %92,7'sine sağlık personeli tarafından cinsellikle ilgili bilgi verilmediği, her konuda bilgi gereksinimlerinin olduğu, bu bilgileri doktor ve hemşirelerden almak istedikleri saptanmıştır.

Sonuç olarak çalışmadan elde edilen bulgulara göre, meme kanserli hastaların bir bütün olarak ele alınması, tedavi ve sonuçlarına bağlı olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması için sağlık profesyonellerinin multidisipliner yaklaşımla hareket etmesi ve ilgili kliniklerde çalışan hemşirelerin; cinsellikle ilgili konularda eğitilmesi, hasta ve eşine, cinsel yaşamlarını nasıl srdrecekleri konusunda bilgi vermesi, danışmanlık yapmasına yönelik nerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsellik, cinsel işlev bozukluğu, meme kanseri.

## **ABSTRACT**

### **Changes and Factors that Influence the Sexual Lives of Women with Breast Cancer**

**Birgül VURAL**

**Department of Nursing Graduate the Degree Thesis**

This study has been conducted cross sectionally, in order to determine the changes and the factors that influence the sexual lives of women with breast cancer For data collection, a patient information form that is intended to determine the individual features of women with breast cancer, a questionnaire regarding sexual changes, an Omnidirectional Physic-Self Correlation Scale, a General Health Questionnaire, a Multidimensional Percieved Social Support Scale and a questionnaire regarding the knowledge requirements in respect of sexual life have been employed. For comparing the differences between the two groups in the analyses, a Chi Square Test, for the determination of the statistical differentness of the averages, a Mann Whitney U analysis, for determining the correlations between the continous parameters, a Pearson correlation test, and for specifying the risk variables on the sexual life, a logistic regression analysis have been applied.

The sample of the research is formed by 55 women with breast cancer, that are diagnosed and treated in Dicle University Oncology Hospital, during May to September 2008. It has been detected that, more than half of the women included in the scope of the study had sexual disfunctions ( $p<0.05$ ) A statistically expressive difference ( $p<0.05$ ) has been detected between the age averages ( $46.90 \pm 9.73$ ) and, vaginal dryness and pain during the intercourse. It has been detected that, being in menopause, expressively increases the frequency of sexual disfunction diagnosis in women ( $p<0.05$ ) While it has

been determined that the patients treated with radithery experience discomfort from sexual intercourse and decrease in sexual desire, on those who are treated with hormonotherapy, pain defects and discomfort from sexual intercourse increase expressively ( $p<0.05$ ).

According to the result of the logistic regression analysis, that has been conducted in order to determine the risk variables for sexual disfunctions, it has been detected that menopause, radiotherapy and hormonotherapy increases the sexual disfunctions expressively ( $p<0.05$ ) It has been found out that the 92.7% of the women included in the study have not been informed about sexuality, that they need knowledge in every respect of the subject, and that they require the doctors and the nurses to supply them with these knowledge.

As a result, suggestions in accordance with the findings obtained from the study, have been made that women with breast cancer are to be handled holistically, that the health professionals are to work with a multidisciplinary approach for eliminating the adverse effects subject to the treatment and its results, that the nurses employed in relative clinics are to be trained in matters of sexuality, that patients and their partners are to be properly informed and consulted in terms of how they should maintain their sexual lives and that the nurses are to be trained in these matters.

**Keywords:** Sexuality, sexual function failures, breast cancer.

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında önemli bir sağlık problemi olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin %26'sını oluşturmaktadır. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) tarafından en son 2008 yılı için yapılan meme kanseriyle ilgili çalışmalara göre 182,460 kadının meme kanseri tanısı alacağı ve 40,480 kadının ise bu hastalık yüzünden yaşamını kaybedeceği tahmin edilmiştir. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsünün (NCI) 2001-2005 yılları arasında yaptığı istatistiksel çalışmada ise yılda 100.000 kadından 126,1'nin meme kanserine yakalandığı ve 100.000 kadından 25,0'ının ise meme kanserinden öldüğü bildirilmiştir. Kırk-elli beş yaş arası kadınlarda tüm ölümlerin en başta gelen nedeni olan meme kanseri, kadınlarda kanseri bağlı ölümlerin ikinci sıklıktaki nedenidir. Tarama programlarının yaygınlaşması, hastalığın erken dönemde saptanması ve tanısal yöntemlerin gelişmesi ile tedavi modellerindeki ilerlemeler sonucunda meme kanserine bağlı ölümlerde bir miktar azalma gözlenmiştir. Günümüzde erken evrede belirlenen meme kanserlerinde beş yıllık sağ kalım oranı %97'lere ulaşmıştır. Cinsiyete özgü bir hastalık olarak da kabul edilen meme kanserinin görülme sıklığı kadınlarda %29, erkeklerde ise %1'den azdır. ABD'de 1960 yıllarında, yirmi kadından birinde meme kanseri görülürken, günümüzde sekiz kadından birinde meme kanseri görülmektedir (9,10,46,95).

Gelişmiş ülkelerde Asya ülkelerine göre meme kanseri altı kat daha fazla görülmektedir. İngiltere'de her yıl 20.000 kadında bu hastalık gelişmekte ve 10.000'i bu nedenle yaşamını kaybetmektedir. Genel olarak Avrupa'da her yıl 200.000'den fazla kadına meme kanseri tanısı konulmakta ve bu kadınların 60.000'den fazlası yaşamını yitirmektedir (911,43,92,).

Türkiye'de 1999 istatistiklerine göre kadınlarda ortaya çıkan kanserler içinde meme kanseri %24,1 oranı ile birinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de her yıl yaklaşık 30 bin kadın meme kanserine yakalanmaktadır. Ülkemizde meme kanseri insidansı yüz binde 7.32 olarak rapor edilmiştir (66). Sağlık bakanlığı verilerine göre 2009 yılında

47.205 kadının meme kanseri tanısı alacağı tahmin edilmektedir (Tuncer, 2006, www.saglik.gov.tr).

Kanser tanı ve tedavisi pek çok fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel sorunlara neden olmaktadır (61,68,70). Meme kanserinin tedavisi süresince ortaya çıkan bulantı, kusma, yorgunluk, saç dökülmesi gibi sıkıntılara ek olarak bu duruma uyum sağlayamama, hastalıkla baş etmede yetersizlik, üzüntü, depresyon, ölüm korkusu, çaresizlik sosyal ilişkilerde azalma, çalışma hayatının kesintiye uğraması ve ekonomik sıkıntılar sonucu psiko-sosyal sorunlar da ortaya çıkabilmektedir ve yaşanan bu sorunlar hastaların cinsel sağlığını etkilemektedir (19,68,70). Hastaların ve eşlerinin kanser ve tedaviler nedeni ile ortaya çıkan cinsel sorunlarla ilgili profesyonel yardım alma gereksinimleri olmasına rağmen, çoğu zaman yeterli bilgi ve danışmanlık alamadıkları görülmektedir (28,34,67,88).

Cinsellik; yaşam boyunca insan olmanın merkezi bir yönü olarak kabul edilmektedir. Cinsellik, cinsel kimlik ve roller, cinsel haz, samimiyet ve üremeyi kapsar. Düşünceleri, fantezileri, arzuları, inançları, görüşleri, değerleri, davranışları, uygulamaları, rolleri ve ilişkileri ifade eder. Cinsellik bu boyutların hepsini kapsarken psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, ahlaki, yasal, tarihsel, dinsel ve ruhsal faktörlerden etkilenmektedir. Cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır (23,45).

Beden ve ruh sağlığımızın en temel olgusu cinsellik; Türkiye’de gerek toplumsal gerekse dini açıdan tabu olarak kabul edildiği için, çözümlenmesi zor toplumsal sorunlara neden olabilen çok hassas bir dürtüdür. Cinsellik; çoğu zaman yasaklanır, kontrol edilmeye çalışılır, dogmalar ve katı bir kurallar yığınının içine hapsedilir. Cinsellik; günahkârlık, bedel ödeme, korku, endişe, güvensizlik, kaygı, önyargı ve bilgisizlikle kuşatılmıştır. Yaşamı renklendiren, daha keyifli ve eğlenceli hale getiren cinsellik hayatımızın çok önemli yaşamsal, sağlıklı ve ayrılmaz bir parçasıdır. Çünkü insanoğlu cinselliği üremek için, zevk duyduğu için, iletişim, paylaşım olduğu için yaşar ve yaşatır. Beden ve ruh olarak genel iyilik halimizin vazgeçilmez bir parçası olan cinsel duygular, fanteziler ve arzular; doğaldır ve bütün yaşamımız boyunca da var olacaktır. Sağlıklı bir cinsel yaşam, kişinin yaratıcılığını, üretkenliğini ve kapasitesini artırırken mutlu ve huzurlu bir yaşam sürmesini sağlar. Bunun için de öncelikle cinsellik

hakkındaki önyargı ve mitlerden kurtulmak, kendinizi ve eşinizi iyi tanımak ve doğru bilginin sahibi olmak gerekmektedir (7,18).

Cinsel kimlik, kişinin erkek ya da kadın olarak biyolojik varlığının farkına varması ve kabul etmesidir. Kromozomlar, cinsel salgı bezleri, dış ve iç cinsel organlar kişinin cinselliğinin biyolojik özelliklerini yansıtır ve "cinsel kimlik" oluşmasına katkıda bulunur. Cinsel kimliğin kazanılmasında kişinin hayatında belirgin rolü olan anne, baba gibi kişilerin ve yaşanan sosyal çevrenin etkisi büyük önem taşır. Cinsel kimliğin kazanımıyla ilgili farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Freud'a göre insanlarda libido adı verilen içsel bir enerji vardır ve bu enerji yaşamın farklı dönemlerinde vücudun farklı bölgelerine odaklanır. Libidonun odaklanma bölgelerine göre, çocukta psikolojik ve cinsel gelişim, beş dönemde tamamlanır. Erikson ise Freud'un teorisini temel alırken psikoseksüel demek yerine, psikososyal demeyi tercih etmiştir. Çünkü çevrenin etkisine daha fazla önem vermektedir. Ayrıca kişilik gelişiminin yaşam boyu sürdüğünü düşünmekte ve tüm yaşamı sekiz döneme ayırarak incelemektedir. Bu gelişim sürecindeki her dönemin bir çatışması vardır ve bu çatışmaların, çocuğun kendisine bakan kişilere bağlı olarak olumlu veya olumsuz yönde çözüldüğünü savunur. Çocuk, ruhsal gelişimi sırasında çeşitli özdeşimler kurar. Yani çevresindeki yetişkin insanları, dar anlamıyla da anne-babayı model alır, onların davranışlarını taklit eder, içine sindirerek kendi özellikleri haline getirir. Çocukluktaki bu özdeşimlerin birbiriyle bütünleştirilmesi ve gençlik dönemindeki arkadaş gruplarının değerlerinin alınmasıyla kimlik oluşur. Yani kimlik, çocuklukta çevredeki kişilerden kazanılan özelliklerin bütünleşerek benliğe yerleşmesiyle oluşur. Gençlik döneminde kişi, yaşamının önceki dönemlerinde yaptığı özdeşimleri birleştirerek tek ve bir kimliğe dönüştürebilmelidir. Bu da gençlik döneminde ulaşılan bilişsel kapasiteyle başarılacak bir durumdur (18).

Ülkemizde, cinsellik hala tabu olarak kabul edildiğinden bu konuya aile ve okullarda yeterince değinilmemektedir. Okul ve aileden yeterli ve doğru bilgi alamayan çocuklar bu merakını gidermek için farklı alanlara yönelmektedir. İlk cinsel bilgilerin kulaktan dolma olması, yanlış ve güvenilir olmayan kaynaklardan alınması, çocukların cinsel sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine, yanlış ve tutarsız mesajlar almalarına neden olmaktadır. Hâlbuki cinsel eğitimin bireye sağladığı yararlar değerlendirildiğinde ne derece önem taşıdığı ortaya çıkmaktadır. Cinselliğin tam olarak gelişimi bireysel,

kişiler arası ve toplumsal mutluluk için temel gereklerden biridir. Cinsellikle ilgili konularda bilgilenme; tutum ve davranışları bu bilgiler ışığında oluşturma her bireyin temel haklarındandır. Cinsel eğitim, bireyin fiziksel, duygusal ve cinsel gelişimini anlaması, olumlu bir kişilik kavramı geliştirmesi, insan cinselliğine karşı, başkalarının haklarına, görüş ve davranışlarına saygılı bir bakış açısı edinmesi, olumlu davranış biçimleri ve değer yargıları geliştirmesi için önemlidir (2,7,45).

Cinsel sağlık, genel sağlığın içinde önemli bir yer tutmaktadır. Cinsel sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Cinsel sağlık, cinsellik ve cinsel ilişkiye pozitif ve saygılı yaklaşımı, cinsel haz almak kadar; zorlama, fark gözetme ve şiddetten uzak güvenli cinsel deneyimler yaşamayı gerektirmektedir (23).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı; kişilerin somatik, emosyonel, entelektüel ve sosyal yönlerini pozitif olarak geliştirici, kişiliği, iletişimi ve aşkı arttırıcı nitelikler ile tanımlamaktadır. Bireylerin biyo-psikososyal tam bir iyilik halinde olmaları için cinselliğin sağlıklı yaşanması önemli yer tutarken, kanserle yaşam cinsel sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir. Hastalık süresince meydana gelen cinsel istekte ve doyumda azalma, cinsel işlev bozuklukları, üreme yeteneğinin yitirilmesi en sık yaşanan cinsel sorunlar arasında yer almaktadır (49,55,61,64).

Cinsel yaşam değişiklikleri kanserin lokalizasyonuna, tedavisine ve tedavinin yan etkilerine, yaşa, beden imgesinde olan değişikliklere, kişilerin inanç ve tutumlarına göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri tedavisinde cerrahi girişim ve kemoterapi, kadınlar da cinsel işlev bozukluğuna neden gösterilmektedir (10,88,92,103). Yapılan çalışmalarda meme kanseri, kemoterapi ya da hormon tedavisinin meme kanserli hastaların cinsel yaşamı üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir. Yine kemoterapi ile ilgili olarak sıcak basması, kilo artışı, yorgunluk, vaginal kuruluk, atrofi, disparoni kadının çekicilik duygusunu olumsuz yönde etkilemektedir. Wilmoth çalışmasında, meme kanserli kadınların kendilerini yorgun ve aşırı kilolu hissettiklerinden ve daha az çekici oldukları duygusunu yaşadıklarından söz etmektedir (98,99). Young-McCaughan'ın adjuvan kemoterapi alan ve almayan meme kanserli kadınları tanı sonrası 7 yıl izledikleri ve cinsel işlevi karşılaştırdıkları çalışmalarında, adjuvan kemoterapi alan kadınlarda vaginal kuruluğun 5,7 kat, libidoda azalmanın 3 kat,



ağrılı cinsel ilişkinin 5.5 kat ve orgazma ulaşmada zorlanmanın 7.1 kat daha fazla olduğunu buldukları görülmektedir (103).

Radyoterapi alan meme kanserli kadınlarda, beden imgesinde bozulma, yorgunluk, bulantı-kusma ve ishal gibi yan etkiler hastaların enerji düzeylerini etkileyerek cinsel istek kaybına ve cinsel ilişki sıklığında azalmaya neden olmaktadır (5,11,14). Meme kanseri kadınları, hastalığın cinsel anlam taşıyan organları olan memelerde yerleşmesi ve vücut şeklini bozacak tedaviler gerektirmesi nedeniyle seksüel ve vücut imajı açısından etkilemektedir (19,37).

Young-McCaughan, tamoksifen ile tedavi edilen kadınları, tamoksifen almayan kadınlar ile karşılaştırdığında, tamoksifen kullananlarda anlamlı düzeyde cinsel işlev bozukluğu bildirmiştir. Meme kanseri tanısı konulmuş daha sonra mastektomi ameliyatı olmuş hastalarda çeşitli güçlükler yaşanır. Ölüm korkusu ile birlikte kadınlık ve cinsel çekiciliğin, üretkenliğin kaybı ve beden imajının bozulması en başta ele alınması gereken güçlüklerdir. Bu durumda kadınlar kendilerini genellikle incinmiş, reddedilmiş, cinsel yeteneğini kaybetmiş, çaresiz, kızgın ve depresif hissedebilirler. Meme kanseri olasılığı olan, tanıyı öğrenmiş tedavi olmuş hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda; hastalığın her evresinin hastalar ve eşleri için farklı problemleri ve korkuları olduğu belirlenmiştir (57,103).

Hastaların bakım ve tedavisinde rol alan sağlık profesyonelleri arasında hemşirelerin hastalarla daha sık ve uzun zaman geçiren, yakın ve doğrudan iletişime giren meslek grubu olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hemşireler kanserli hastaya cinsel sağlık konusunda yardım etmede anahtar role sahiptir. Bütüncül sağlık yaklaşımı içinde hastaların cinsel yaşamındaki değişiklikler ve bu değişikliklere uyumlarının değerlendirilmesi, bilgi gereksinimlerinin karşılanması, varsa problemlerin saptanması, uygun danışmanlık ve rehberlik hizmetlerine yönlendirilmesi hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Lavin ve Hyde (2005) yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin kanserin cinsel yaşama olumsuz etkilerini bildiklerini, cinselliği hemşirelik bakımının önemli bir parçası olarak gördüklerini, ancak bu konuyu ele almada güçlük yaşadıklarını belirlemiştir. Hemşirelerin cinsel sorunlarla ilgilenmeme nedenleri arasında; cinselliği tartışacak kadar yeterli zamanlarının olmadığı ifade edilmesi, sessiz kalan hastaların cinsel sorun yaşamadıkları düşüncesi, cinsel danışmanlığın

hemşireliğin bir parçası olup olmadığı konusundaki endişelerinin yer aldığı bildirilmektedir (72,73,97,100).

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi olanaklarının artmasına bağlı olarak, beş yıllık sağ kalım süresinin uzaması, sağ kalan hastaların birçok psiko-sosyal ve cinsel sorunla yüz yüze gelmelerine neden olmaktadır (19,34,70). Bununla beraber fiziksel sorunların ele alındığı birçok çalışmanın bulunmasına karşın, cinsel sorunları ele alan çalışma sayısı azdır. Hastaların cinsel yaşamındaki sorunların azaltılmasında kanser hastaları ile çalışan hemşirelere, bilgi ve danışmanlık hizmetleri açısından rehber olabilecek çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmada, meme kanseri olan kadınlarda cinsel yaşam değişiklikleri ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Memenin Anatomisi

Meme bezinin boyutları kişiden kişiye çeşitlilik gösterir. Laktasyon döneminde olmayan, ortalama boyutlardaki bir meme 150-225gr ağırlığındadır. Laktasyon dönemindeki bir memenin ağırlığı ise 500gr'ı geçebilir (9,10,52).

Anterior toraks duvarının süperfisyel fasyası üzerinde yerleşim gösteren meme, tubuloalveolar tipte glandular doku içeren 15-20 adet lobdan oluşur. Modifiye ekrin bezler olan meme bezlerinin duktal ve lobüler üniteleri subkütan yağ dokusu içerisinde yer alırlar. Bezin kendisini meydana getiren 15-20 adet lob, memebaşı apeksinde sonlanan birer duktal ağza sahiptir (9,10,11).

Memebaşı, dördüncü interkostal aralık seviyesinde yer alır ve areola ile çevrelenmiştir. Areolanın ortasında bir nodül şeklinde olup, düz kas lifleri ve elastik doku içerir. Yüzeyi epidermis ile döşelidir. Laktifer duktuslar meme başına açılırlar. Areola yüzeyinde bulunan küçük çıkıntılara 'Montgomery' tüberkülleri adı verilir. Erişkin bir kadında meme dokusu, dallanan tubuloalveoler glandlardan meydana gelen 15-20 adet lobdan oluşur. Bu tubuloalveoler bezler aslında dermise ait modifiye ter bezleridir. Lobların her biri 2-4mm çaplı birer laktifer duktus ile sonlanır. Bunlar meme başında 0,4-0,7mm çaplı birer orifise açılırlar. Her bir duktus areola altında dilate bir bölüm içerir. Bunlara laktifer sinüs adı verilir (9,11,52).

Meme kanseri en sık üst-dış kadrandan kaynaklanır (%48). Bunun nedeni; üst dış kadranın hacim itibarıyla daha çok meme dokusu içermesidir. Bunu sırasıyla santral bölge (%17), üst-iç kadrana (%15), alt-dış kadrana (%11) ve alt-iç kadrana (%6) izler. Sol memede sağdan daha sık görülür. Aynı anda her iki memede birden görülmesi ise oldukça nadirdir (%1-2). Birbirini izleyen bilateral meme kanseri görülme insidansı %7-8'dir (9,10,11,52)

## 2.2. Meme Kanserinin Tarihçesi

Meme kanserinin tanı ve tedavisinin tarihsel evriminin bilinmesi önemlidir ve gerçekte insanlığın 5000 yıldan beri kanser hastalığı ile yaşadığı maceranın bir özeti gibidir. Zira ilk defa tanımlanan veya gerçekleştirilen pek çok yenilik, tedavi modeli veya teori başlangıcını meme kanseri ile yapmıştır. Donegan'ın belirttiğine göre, M.Ö 3000-2500 yılları arasında Eski Mısır'da İmhotep tarafından yazıldığı tahmin edilen tıbbi bir papirusta meme kanseri ile ilgili ilk kayıtlara rastlanmıştır. Edwin Smith'in ortaya çıkardığı bu papirusta 9 meme hastası anlatılmaktadır ve bu hastaların hepsi erkektir. İmhotep'in tanımladığı lezyonların bir kısmı travma sonrası enfeksiyon olabilir. Ancak 45. olguda kitle oluşturan ve memeyi, göğüs duvarını içine alan 'soğuk' bir lezyondan bahsedilmektedir. İmhotep, soğuk tümörlerin hiçbir tedaviye cevap vermediğini, ellenmemesi gerektiğini vurgulamaktadır (38).

### 2.2.1. Meme Kanserinin Görülme Sıklığı ve Mortalitesi

Meme kanseri görülme sıklığı 1973'ten itibaren ABD' de yılda %1,8; dünyanın çeşitli ülkelerinde de %1-2 oranında artış göstermekte olup, dünyada her yıl yaklaşık bir milyon yeni olguya tanı konulmaktadır. Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hawaii, Kaliforniya, Kanada yıl da yüz binde 80-90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, aynı değer Japonya'da sadece yüz binde 12-15 arasındadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır (46,52,81,97).

1950'lerden beri, meme kanser insidansı giderek artmaktadır. Meme kanseri insidansındaki artışa paralel olarak mortalite de artmaktadır. 1948-1985 yılları arasında kadınlarda kanser nedeniyle oluşan ölümlerin %80'i meme kanserine bağlı iken, 1985'den itibaren akciğer kanseri, kansere bağlı ölüm nedenleri sıralamasında meme kanserini geçmiştir. Erkeklerde meme kanseri nadirdir. 1998 yılında ABD'de 1600 erkek meme kanserli hasta saptanmış olup 400 kişi meme kanseri nedeniyle ölmüştür (46,52,81).

Dünyada meme kanserine bağlı mortalite, ülkeden ülkeye değişmekte olup; İngiltere ve Galler'de en yüksek, Japonya ve Tayland'da ise en düşük seviyededir (46,81).

### **2.3. Meme Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri**

İnsanlarda meme kanserinin nedeni bilinmemektedir. Genetik, çevresel, hormonal, sosyo-biyolojik ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmekle birlikte, meme kanserli kadınların %70-80'i bu risk faktörlerine sahip değildir.

**Genetik faktörler:** Meme kanserli bir kadının kız kardeşi ya da kızı hastalık açısından üç kat fazla risk altındadır. Hem annesi hem kız kardeşi meme kanseri olan bir kadında ise risk 10 kat artmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda meme kanserinde %5-10 oranında kalıtımın rolü olduğunu, meme kanseri geni 1,2 (Breast Cancer Gene 1,2;BRCA1 ve BRCA2) geninde mutasyon olan kadınlarda 50 yaşına kadar kanser gelişme riski %50, yaşam boyunca kansere yakalanma riski de %80-85'tir. Mutasyon taşıyıcılarda aynı zamanda over kanseri riski de % 40 dolayındadır (10,11,51,52).

Hereditör bazı sendromlar varlığında da meme kanseri görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. İyonize radyasyona maruz kalmak (Puberte esnasında veya sonrasında) meme kanseri riskini artırır. Meme kanseri bazı spesifik gruplarda daha sıktır. Örneğin beyaz ırkta siyah ırktan ve Musevi kadınlarda diğerlerinden daha sıktır. Yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip insanlarda, düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olanlara kıyasla daha yüksek risk söz konusudur (12,81).

**Edinsel faktörler:** Bazı benign meme hastalıklarında azda olsa meme kanseri riski artar. Menstruasyonun uzun yıllar devam etmesi, menarşın 12 yaşından önce başlaması da meme kanseri riskini artırır. Evli kadınlarda, evlenmeyenlere göre meme kanseri riski daha düşüktür (10,52).

Elli yaş ve üzerinde olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı, 50 yaş altında olan kadınlara nazaran 4 kat daha fazladır (35).

## **2.4.Meme Kanserinde Klinik Bulgular ve Tanı Yöntemleri**

Meme kanseri genelde uzun ve sinsi bir seyre sahiptir. Meme kanserli kadınların %70 kadarında ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Memedeki kitlenin ele gelmesi, bunun deriye yakın ya da derinde oluşuna ve memenin büyüklüğüne bağlı olmakla beraber genelde 1 cm. boyuta ulaşmasını gerektirir. Meme içerisinde büyüyen tümör Cooper bağlarına infiltre ettiğinde bu bağların kısalmasına neden olur. Cooper bağlarının kısalması, deriyi tümöre doğru çekerek derinin çukurlaşmasına (göbekleşme, retraksiyon) yol açar. Meme kanserli kadınların ortalama %10 kadarında ilk belirti meme başından olan akıntıdır. Hastaların %2-4'ünde kanser enflamasyon, enfeksiyon bulguları ile ortaya çıkar. Meme derisi kızarır ve kalınlaşarak portakal kabuğu (peau d'orange) görünümü alır. Lokal ısı, hassasiyet ve ağrı vardır (10,11).

Kadınlarda öldürücü olan meme kanseri insidansının günden güne artması önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Ancak yaygın ve öldürücü olan bu hastalık erken tanılanarak ölümler azaltılabilir, yaşam süresi arttırılabilir. Meme kanseri taramasında, kendi kendini muayene, fizik muayene ve mamografi en sık kullanılan yöntemlerdir (9). Ayrıca ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) uygun durumlarda tanıya yardımcı olur. Şüpheli meme dokusundan alınan biyopsi ile kesin meme kanseri tanısı konulur (12).

## **2.5.Türkiye’de Kadına Biçilen Cinsel Rol**

Cinsellik, hem toplumsal olanı etkileyen, hem de ondan etkilenen bir olgu olarak, kadın yaşamında belirleyici bir rol oynar. Erkek egemenliğinin göstergeleri kadın cinselliğine de yansır. Bu noktada kadının kendi bedeni ve cinselliğini algılayışı, ataerkil baskı mekanizmalarına karşı duruşu, onları kabul edişi veya içselleştirmesi anlamında bir çeşit ipucu görevi görür. Toplumsal cinsiyet rollerine göre şekillenmiş cinsellik anlayışları, Türkiye’de çocuklara çok erken yaşlarda aşılanmaktadır. Erkek çocuklardan, akrabalara ve komşulara penislerini göstermelerinin istenmesi ve bununla gurur duymalarının beklenmesi çok sık rastlanan bir uygulamayken, kız çocukları, iç çamaşırlarının kazara bile olsa görünmesinin utanılacak bir şey olduğu konusunda uyarılmaktadır. Kadın bedenine yönelik baskılar bu şekilde görünürlülüğünü arttırmakta

ve genç kızın hayatında belirleyici olmaya başlamaktadır. Kız çocuklar ve erkek çocuklar cinsel organlarına verilen tepkileri gördükçe cinselliklerini bu yoldan algılamaktadır. Dolayısıyla erkekler cinselliği gurur duyma temelinde algılandıkça, utanma ile beraber anılan cinsel organ, kadının cinselliği utanma temelinde algılamasına sebep olmaktadır. Bu temele eklenen toplumsal öğeler, kadın cinselliğini ve kadınların cinsel davranışlarını belirlemektedir (62).

Türk kadını cinselliği yaşanılması ve mutlu olunması gereken bir olgu olmaktan çok bir görev, bir zorunlu hizmet olarak görmektedir. Cinsiyetlerin zihnimizdeki algısını toplumsal, geleneksel, dini, kültürel öğelerden ayırmak imkânsızdır. Türkiye’de dâhil olmak üzere, Müslüman toplumların büyük bir çoğunluğunda, kadınların bedenlerini ve cinselliklerini, kadınların kendilerine değil, aileye, aşirete ya da topluma ait gören erkek egemen anlayış ve tutum hâkimdir. Toplumsal beklentiler açısından cinsel insiyatif daha çok erkeklere aittir. Erkek istemekte kadın ise yapmaktadır. Kadınlar cinsel isteklerinden bahsetme konusunda çekiniklerdir. ‘İsteyen’ olmak onların gözünde ‘kadına ait’ bir şey değildir (7,62,63).

Türkiye’de toplumsal cinsiyet rejiminin ‘ataerkil’ olduğu yaygın bir görüştür. Ataerkil toplumlarda, erkekler cinsel anlamda kimi kurallara uymak ve ataerkilliğin onlar için öngördüğü şeyleri ( güçlü, baskın, iktidar sahibi, deneyimli v.b) yapmak zorunda bırakılmaktadır. Ataerkil toplumlarda, kadın cinselliği çok sıkı bir şekilde denetlenmektedir. Bu toplumlarda kimi kadınlar, cinsel denetimi kendi içlerinde sürdürmekte ve hatta diğer kadınlar üstünde bu denetimi uygulamaktadırlar. Kimi kadınlar ise cinsel denetime karşı koymakta, fakat bu karşı koyuşla toplum tarafından damgalanmaktadırlar (7,18,75).

Kadının ‘toplumsal cinsiyet’ bağlamında yaşadığı eşitsizlikler, ayrımcı uygulamalar onun yaşama hakkını bile kullanamamasının ortamını hazırlamaktadır. Bu açıdan ülkemizde var olan ve kadına yönelik şiddetin en uç noktası olan ‘namus cinayetleri’ dikkat çekici düzeydedir. Bekâret kontrolü, kadının insan haklarının ihlal edilmesidir. Türkiye’nin özellikle kırsal yörelerinde genç kızlar bekâret kontrolüne maruz kalmaktadır (2,75).

Bir ilaç firmasının yaptığı "Cinsellik ve Modern Kadın" araştırmasında, Türk kadınlarının cinselliğe diğer Avrupalı kadınlardan farklı yaklaştığını ortaya koymuştur. İtalyan, Polonyalı ve İspanyol kadınların yüzde 80'i cinselliği "önemli" görürken, Türk kadınlarının yüzde 61'i bunun kendileri için "önemli olduğunu" belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların üçte biri (%29'u) "cinselliğin kendilerine fiziksel zevk verdiği ve fiziksel rahatlama sunduğuna", beşte birinden fazlası ise "sağlıklarını olumlu etkilediğine" inandıklarını belirtmiştir. Türk kadınlarının ise %30'u cinselliğin sağlıkla ilişkili olduğunu düşünmektedir. Türkiye dışındaki Avrupa ülkelerinden kadınlar cinselliğin ilişkilerine katkısını "çok değerli" bulurken, Türk kadınlarının ancak yüzde 36'sı bu görüşe katılmıştır. Kadınların cinsel yaşamdan aldığı tatmini de inceleyen araştırmaya göre, Türk kadınları bu konuda en düşük yüzdeye sahip bulunmuştur. Bu çalışma, Türk kadınlarının cinselliğe diğer Avrupalı kadınlardan farklı yaklaştığını ortaya çıkarmıştır (82). Kadın ve cinsellik konusu Türkiye'de güçlü bir tabudur. Cinselliğin tabu olduğu toplumlarda kişinin problemlerinin çözümünü arayışı güçtür. Konuya örgün eğitim sisteminde veya ailede değinilmediğinden, çoğu kadının bilgiye ulaşma şansı çok azdır ya da yoktur. Ülkemizde ebeveynlerin formal cinsel eğitim programlarından geçmedikleri, cinsellikle ilgili bilgilerini daha çok informal kaynaklardan ya da deneyimlerinden öğrendikleri göz önüne alınırsa, cinsellikle ilgili konularda çocuklarına yardımcı olabilmek için öncelikle onların bu konularda desteklenmesi gerekmektedir (45).

## **2.6.Meme Kanseri ve Cinsellik**

İnsanlık tarihinin başından beri meme kadınlarda cinsel kimliğin bir parçası olmuştur. Genç kızıktan erişkinliğe geçişte kadının vücudunda fark ettiği ilk değişiklik memelerinde olmuştur. Memeler kadının kadınlığını ve cazibesini gösteren organlardır. Aynı zamanda anneliğin, beslenme ve üremenin, kadın cinselliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Memenin alınmasına gösterilen tepkilerin derecesi, kadının memesine ilişkin algısıyla yakından ilişkilidir (6).

Cinsellik Türk kanser hastalarının da yaşam kalitesi kapsamında önemli bir sorun olmakla birlikte toplumsal özelliklere dayanarak genellikle kanser tedavi süreci için de göz ardı edilen bir sorundur. Sağlık uzmanları bu yönde hastaları



değerlendirmemekte veya uygun birimlere göndermemektedir. Hastaların cinsel yaşamı tedaviye bağlı etkilenmenin yanı sıra çoğu hastada önceden de cinsel yönde sorunlar yaşanmakta ve özellikle kadınlar, kanser tanısının arkasına gizlenerek cinsel yaşamını tamamen kesmektedir. Eğer hastaların cinsel yaşamı tedavi öncesi iyi ise, tedavi sonrası dönemde de iyi olmakta ve hastalar kanser tedavilerinin cinsel yaşama etkisi ile kolaylıkla başa çıkmaktadır (25).

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı; kişilerin somatik, emosyonel, entelektüel ve sosyal yönlerini pozitif olarak geliştirici, kişiliği, iletişimi ve aşkı arttırıcı nitelikler ile tanımlamaktadır. Bireylerin biyopsikososyal tam bir iyilik halinde olmaları için cinselliğin sağlıklı yaşanması önemli yer tutarken, kanserle yaşam cinsel sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (55,61,67).

### **2.6.1.Cinsel Sağlık ve Normal Seksüel Fazlar**

Evrensel bir olay olan cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşantısının önemli bir yönüdür. Yaşı, kökeni ya da kültürü ne olursa olsun her insanın temel gereksinimlerinden biri olan cinsellik, yalnızca üreme için yapılan biyolojik bir fonksiyon değil kişilerarası duyguların iletişimine yarayan, yaşamın önemli bir parçasıdır (64,65).

İnsanın cinsel davranış özelliklerini ve cinsel işlevini; genital anatomisinin temel karakterleri, merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem belirlemektedir. Bunun yanında insanın cinselliği; intrauterin hayattan başlayarak süt çocukluğundan erişkinliğe uzanan psikoseksüel gelişimin tüm basamaklarında rol oynayan psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenecek gelişmektedir. Cinsellik, duyguların karışıklığını, kimlik seçimini, cinsel tercih ve tavırları, cinsel rol benimsenmesi ve cinsel eş seçimi gibi unsurları da içeren karmaşık bir yapıdan oluşmaktadır (18,49,65).

Kadınlarda ve erkeklerde cinsel yanıt döngüsü fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucu oluşur. Masters ve Johnson tarafından tanımlanmış dört adet cinsel faz vardır. Bu fazlar cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülmedir (64,65,100).

Cinsel istek: Cinsel aktivitenin başlatılması için gerekli motivasyon ve eğilimdir. Cinsel isteğin yeterli nöroendokrin fonksiyonlara bağlı olduğu düşünülmektedir. Bireylerin yaşı, ruhsal durumu, inanç ve tutumları, eş ile ilişkileri ve geçmişteki cinsel yaşam öyküsü cinsel isteği etkilemektedir.

Uyarılma fazı: Psikolojik veya fizyolojik uyarı sonucu gelişebilir. Erkeklerde ereksiyon, skrotum derisinde kalınlaşma ve testisin perineye doğru yükselmesi görülürken kadınlarda vajinada lubrikasyon, klitoriste ereksiyon, uterusu pelvis içinde yükselme ve vajinanın üst kısmında balonlaşma ile birlikte bedende yaygın vazokonjeksiyon ile karakterizedir.

Orgazm fazı: Psikolojik ve fizyolojik zevk doruk noktasına ulaşır. Erkeklerde genital kanal ve üretrada basınç artışı sonucu ortaya çıkan ritmik ve dalga şeklindeki kasılmalar ile ejakülasyon görülmektedir. Kadında orgazm duyusunun ana merkezi klitoris ve vajinanın alt bölümüdür. Vajinanın üst bölümü balonlaşır. Toplam orgazm süresi 3-25 saniye sürer ve bilinç bulanıklığı ile beraberdir. Uyarılma fazının sonuna doğru oluşan vazokonjeksiyon ve myotoni orgazm evresi boyunca sürer ( kan basıncında, solunumda ve kalp hızında artma gibi sistemik belirtiler) .

Çözülme fazı: Son evredir. Orgazm ile birlikte uyarılma evresinde biriken tüm gerginlik kaybolur, subjektif olarak iyi olma hissi, genel bir gevşeme ve kas gevşemesi ile karakterizedir. Uyarılma esnasında oluşan fizyolojik değişiklikler eski halini alır. Erkeklerde testisler normal pozisyonuna geri döner. Kadınlarda tam uterus inişi, vajina ve klitorisin eski halini alması 5-10 dakika alır.

Sağlıklı cinsel yaşam bu evrelerin tümünün tam olarak işlev görmesi ile mümkündür. Cinsel yanıt döngüsü, yaşlanma, hastalık, ilaçlar ve bireylerin ruhsal durumundan etkilenerek değişiklik gösterebilmektedir. Bu evrelerden bir ya da bir kaç çeşitli nedenlerle zarar gördüğünde cinsel yaşamda bozukluklar ortaya çıkar (64).

## 2.6.2.Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel uyarıya karşı oluşan istek, uyarılma, orgazm fazlarından biri veya birkaçının oluşmaması ve cinsel ilişki sırasında ağrı olması kadın cinsel fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanır (18,57).

Cinsel işlev bozukluklarının tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında henüz evrensel bir fikir birliği oluşmamıştır ve sınıflandırılmalar farklı tanısal sistemler arasında değişmektedir. DSÖ'ye göre cinsel işlev bozukluğu; “bireyin bir seksüel ilişki içinde istediği şekilde yer alamadığı pek çok yol”olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10) sistemine göre (Dünya Sağlık Örgütü,1992) seksüel disfonksiyon şunları içerir:

- Seksüel isteğin yokluğu veya azalması
- Seksüel tikslenme bozukluğu
- Genital tepkinin gerçekleşmemesi
- Orgazmda işlev bozukluğu
- Erken boşalma
- Organik olmayan vajinismus
- Organik olmayan disparoni (Cinsel ilişki esnasında veya sonrasında ağrı)
- Artmış seksüel aktivite
- Organik nedene bağlı olmayan başka cinsel işlev bozuklukları
- Organik nedene bağlı olmayan belirlenmemiş cinsel işlev bozukluğudur.

DSM-IV'te (Amerikan Psikiyatri Derneği, 1994), seksüel disfonksiyonlar şu şekilde tanımlanır: “seksüel tepki siklusunu belirleyen, belirgin strese ve kişiler arası güçlüklerle neden olan, seksüel istekte ve psikofizyolojik değişikliklerde rahatsızlıklar”(64,76,101,102).

DSM-IV'e göre kadınlardaki seksüel disfonksiyonlar;

- Hipoaktif seksüel istek,

- Seksüel tiksınme,
- Kadın uyarılma bozukluğu,
- Kadın orgazm bozukluğu,
- Disparoni,
- Vajinismus,
- Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları
- Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozuklukları
- Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları

Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu {American Foundation of Urologic Disease=AFUD) tarafından kadın cinsel fonksiyon bozukluğunu 1998 yılında 7 ayrı sınıfta incelemiştir. Bu sınıflandırma temel alınarak Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Çalışmaları Derneği (Internotional Society for the Study of Women's Sexual Health=ISSWISH, Amsterdam 2003) yıllık kongresinde yeniden düzenlenmiş ve aşğıdaki şekilde tekrar değiştirilmiştir.

- Cinsel istek bozuklukları (hipoaktif cinsel istek, tiksinti)
- Uyarılma bozuklukları
  - Subjektif cinsel uyarılma bozukluğu
  - Genital uyarılma bozukluğu
  - Kombine uyarılma bozukluğu (subjektif+genital)
  - Persistan uyarılma bozukluğu
- Orgazm bozuklukları
- Disparoni
- Vajinismus
- Cinsel aversiyon (tiksinti) bozuklukları
- Non-koital genital ağrı bozukluğu

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu olan kişilere geçmişte sadece psikolojik yönden değerlendirme yapılabilirken, günümüzde kadın cinsel anatomi ve fizyolojisinin daha iyi anlaşılması, bazı fiziksel değerlendirmelerin yapılabilmesini sağlamıştır. Ancak, klinik ve poliklinik şartlarında kadın cinsel yanıtının objektif olarak değerlendirilmesindeki güçlük yine bilinen bir gerçektir Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı için (64,76,101,102):

1. Anamnez: medikal ve cinsel yk
2. Fizik muayene
3. Cinsel sorgulama formları
4. Laboratuvar testleri
5. Özel testler
6. Psikoseksüel/sosyal değerlendirme yapılmaktadır.

İstekle ilgili problemler hayat boyu süren tipte olabildiği gibi ( primer), kazanılmış da olabilir (sekonder). Hayat boyu sürekli istek yokluğunda, hastanın hiç seksüel dürtüsü yokken; kazanılmış seksüel istek yokluğunda, hasta, memnun edici seksüel istekle geçen bir yaşam periyodundan sonra seksüel isteğini yitirmiştir. Bu değişiklik depresyon (pek çok nedene bağlı), diğer seksüel disfonksiyonlar (rneğin orgazm yokluğu, vajinismus), ilaçlar (rneğin antihipertansifler, sedatifler, tirisiklik ve heterosiklik antidepresanlar, antikanser ilaçlar, alkol) tarafından tetiklenmiş olabilir. Yaşlı kadınların %11 ila %48'i cinsel istekteki azalmadan yakınmaktadır; bununla beraber, nedenin menapoz, ilişki problemleri, depresyon, diğer seksüel disfonksiyon, ilaçlar veya azalan testosteron düzeyleri olup olmadığı belli değildir. Yine de, bilinmektedir ki, menapozdan sonra, kadınların daha az seksüel düşünceleri veya fantazileri olur, seksüel uyarılma sırasında vajinal lubrikasyon yokluğu yaşarlar ve seksüel fonksiyonlarından daha az tatmin olurlar, Bu değişiklikler, hem östrojen hem de testosterondaki anlamlı düşüşle ilişkilidir ve testosterondaki azalma, koital frekansla en sıkı ilişkiye sahiptir.

Vajinal kuruluk, atrofik vajinit (labia majörler ve minörler kıl ve subkutanöz yağın kaybı nedeniyle kırıxık görünür) ve dispareni menapozla ilişkili problemlerdir. Hastalıklarının ciddiyeti nedeniyle depresyona giren kanser hastalarında istek azalışı görülebileceği gibi, bu kanserler için uygulanan tedaviler de uyarı basamağını doğrudan etkileyebilir. Radyasyon terapisi; vajinal atrofi, elastisite kaybına, vajinanın uzunluk ve kalibresinde azalmaya ve hatta dispareniye neden olabilir (18,49,64,101,102).

### **2.6.3. Cinsel İşlev Bozukluğunun Görülme Sıklığı**

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ile ilgili en geniş seriye sahip çalışmalardan biri, Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması verilerinin derlendiği çalışmadır (Laumann ve ark, JAMA,1999). Bu çalışmada, yaşları 18 ile 59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen veriler toplanmış ve erkeklerde cinsel sorun görölme oranı %31 iken, kadınlarda %43 olarak saptanmıştır. Çalışmaya dâhil edilen kadınlarda azalmış cinsel istek prevalansı %22, orgazm sorunları prevalansı %14 ve cinsel ilişki sırasında ağrı prevalansı ise %7 olarak bulunmuştur (49,64).

Kinsey'in 1950'li yıllarda ve Masters ile Johnson'un 1960'lı yıllarda yaptıkları çalışmalar kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili öncü çalışmalar olup, cinsel fonksiyonda normal sınırlar ve cinsel uyarılmaya zemin oluşturan fizyolojik süreçler üzerine önemli bilgiler edinilmesini sağlamıştır. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu insidans ve prevalansı ile ilgili veriler oldukça az olmakla birlikte, %76 gibi oldukça yüksek prevalans oranları bildirilmektedir (Berman ve ark,1999;9). Rosen ve arkadaşları ise, kadınların daha yüksek oranlarda cinsel fonksiyon bozukluğu bildirmelerine karşın, % 68'inin cinsel ilişkilerini çok tatmin edici bulduklarını söylemektedirler. Dolayısı ile kadınlar için cinsel ilişki tatminkârlığı, sadece cinsel fonksiyon ile sınırlı olmayabilir ya da çeşitli faktörler nedeni ile bir sorun olarak görülmüyor olabilir. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, klinik çalışmalarda toplum kökenli çalışmalara göre daha yüksek oranda saptanmaktadır. Örneğin; Spector ve Carey'in 1990 öncesi çalışmaları derledikleri yazılarında, orgazm bozukluklarının klinik çalışmalarda %18-76 arasında, toplum kökenli çalışmalarda ise %5-20 arasında olduğunu bildirmişlerdir. Cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili oranlar ülkeler arasında da farklılık göstermektedir. Amerika'da saptanan %43'lük orana karşın; İngiltere'de %33,

İzlanda'da ise %22 oranları bulunmuştur. Amerika ve İngiltere'de yapılan geniş serilere sahip epidemiyolojik çalışmalarda, cinsel fonksiyon bozukluklarının kadınlarda erkeklerden yaklaşık 1,5 kat daha fazla görülmekte olduğu ortaya çıkmıştır (64).

Ülkemizde ürologların kadın cinsel fonksiyon üzerine ilgileri son yıllarda giderek artmaktadır. Bu konu üzerinde değişik merkezlerde araştırmalar sürmektedir ve ilk sonuçları bildirilmeye başlanmıştır (31).

Çayan ve arkadaşları 179 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; sigara kullanımı, evlilik süresi, geçirilmiş pelvik operasyonlar ve kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisini saptamazken; ileri yaş düşük eğitim düzeyi, çalışmama kronik hastalık öyküsü, çok sayıda doğum varlığı ve menopozun kadınlarda cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; istek, lubrikasyon, orgazm ve memnuniyet ileri yaşlarda azalırken, ağır yaş ile birlikte artmaktadır (31).

Yeni ve arkadaşları (2001) ise, 134 evli hemşire grubunda yaptıkları araştırmada; problemlerin daha çok istek ve orgazm bozuklukları üzerinde yoğunlaştığını ve yaşla birlikte özellikle orgazm bozukluklarının ön plana geçtiğini vurgulamışlardır (49,64).

## **2.7. Meme Kanseri Tedavisinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri**

### **2.7.1.Cerrahi Tedavi ve Cinsel Yaşam**

Meme kanseri erken dönemde saptandığında öncelikle uygulanan tedavi cerrahidir.Cerrahi müdahale öncesinde uygulanan sistemik tedavi neoadjuvan tedavi olarak adlandırılmaktadır. Hastalara cerrahi sonrası uygulanan sistemik tedavi adjuvan tedavi olarak tanımlanır. Adjuvan tedavi, vücutta kalan saptanamamış kanser hücrelerini öldürmek ve kanserin tekrarlamasını engellemek amacıyla kullanılır (11,69).

Meme kanseri tedavisinde uygulanmış ve uygulanmakta olan mastektomiler;

\* Meme koruyucu cerrahi

- Lumpektomi

- Kadranektomi

\* Total (Basit) mastektomi

\* Kurtarma (Salvage) mastektomi

\* Subkütanöz mastektomi

\* Radikal mastektomi (RM) : 1894 yılında Halsted tarafından tanıtılan ve memenin tümü ile komşu lenf nodülleri, pektoralis majör ve minör kasların birlikte çıkarıldığı radikal mastektomi, 20. yüzyılda çok uzun bir süre meme kanserinin en uygun tedavisi olarak kabul edilmiştir. Ancak günümüzde radikal mastektomi standart tedavi biçimi olma özelliğini yitirmiştir.

\* Modifiye radikal mastektomi (MRM): Meme ve meme dokusunun ilişkili olduğu aksilla lenf nodüllerinin tümünün total olarak çıkarılması, pektoralis major kası çıkarılmaz.

Radyoaktif madde ile bu tümörlerin işaretlenerek cerrahi olarak çıkarılması (ROLL tekniği) yeni bir yöntemdir. Burada tümör içersine radyoaktif madde verilmekte ve ameliyatta (gama prob) dedektör aracılığı ile onkolojik prensipler için yeterli olacak bir meme dokusu ile birlikte tümör çıkarılmaktadır.

Meme kanserinde uygulanan cerrahi girişimler kapsamında memenin alınmasını içeren mastektominin, kadınlık ve cinselliğin sembolü olan bir organın kaybı nedeniyle kadında çekicilik duygusuna ve cinsel işlevlere zarar veren bir yaşam deneyimi olduğu; meme koruyucu cerrahi ve meme rekonstrüksiyonunun bu anlamda daha az zarar vereceği görüşünden yola çıkarak cerrahi girişimin cinsel yaşam üzerine etkisini inceleyen çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir (6).

Bütün kanserlerin cerrahi tedavisinde olduğu gibi meme kanserlerinde de temel amaç tümörün temizlenmesi ve hastalısız sağ kalımın uzatılmasıdır. Ancak diğer kanserlerden farklı olarak, meme kanserli hastaların sıkıntısı yalnız hayatı tehdit eden kanserin yarattığı depresyon ve anksiyeteden kaynaklanmamaktadır. Ameliyat sonrası



hastalar bir yandan hayatlarını tehdit etmekte olan bu hastalığın yol açtığı gerilimi yaşamakta, bir yandan da bozulan beden imgelerine alışmaya çalışmakta ve bunun yarattığı cinsel, sosyal ve mesleki sorunlarla mücadele etmektedir. Mastektomi sonrası hastalarda sıklıkla depresyon ve başka duygulanım bozuklukları, cinsel istek kaybı, beden algılamalarında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, uygun giysi bulmadaki güçlüklerden kaynaklanan sosyal sorunlar gözlenmektedir. Meme rekonstrüksiyonu bu tür psikolojik bozuklukları azaltmakta ve hastaların ruhsal durumlarını güçlendirerek hastalıkla daha iyi mücadele etmelerini sağlamaktadır (6).

Meme cerrahisinin erken komplikasyonları; kanama, enfeksiyon, cilt nekrozu, seroma, akciğer problemleri, kanat skapula, omuz ve kol hareketlerinin sınırlanması, fantom meme sendromu, parestezi ve uyuşmadır. Geç komplikasyonları; lenfödem, omuz ve kol hareketlerinde sınırlanmadır (94).

Erken evre meme kanserlerinin yaklaşık üçte birinde meme koruyucu ameliyatlara uygun olmadığından, total mastektomi ile tümör çıkarılmaktadır. Bu gibi durumlarda mastektomi sonrası meme kaybına bağlı oluşan görünümünden hoşnut olmayan kadınlar için meme rekonstrüksiyonu uygun bir seçenek haline gelmektedir (84). Meme kanserinde uygulanan ameliyat tiplerinin beden algısı, benlik saygısı, cinsel işlevler ve eş uyumuna etkilerini araştıran yeterli randomize kontrollü çalışma bulunmasa da bazı çalışmalar meme rekonstrüksiyonunun bu açılardan total mastektomiye üstün olduğunu belirtirken bazıları anlamlı bir farklılık saptamamıştır (4,50.). Al-Ghazal ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada meme kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanan meme koruyucu cerrahi, total mastektomi ve total mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyon ameliyatlarının psikolojik etkilerini ve hasta memnuniyetini araştırmış anksiyete-depresyon, beden algısı, benlik saygısı ve cinsel doyum açısından en iyi sonucu meme koruyucu ameliyatların verdiğini, bunu meme rekonstrüksiyonunun izlediğini bu bağlamda, meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olduğunu belirtmişlerdir. Oysa Rowland ve arkadaşları benzer metodoloji ile yaptıkları çalışmalarında beden algısı, cinsellik, depresyon, yaşam kalitesi ve eş uyumu açısından en iyi sonuçların meme koruyucu ameliyatlardan alındığını belirtirken, meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olmadığını belirtmişlerdir (4,83).

Farklı araştırmacıların çalışmalarının yer aldığı Thors ve arkadaşlarının (2001) meme kanseri ile yaşayanlarda cinsel sorunları inceledikleri makalede; Dorval ve arkadaşlarının (1998) cerrahi girişim sonrası ortalama 8 yıldır meme kanseri ile yaşayan lumpektomili ve mastektomili kadınları karşılaştırdıkları çalışmada, cerrahi girişim tipinin ve skarının cinsel doyumda bir farklılık yaratmadığı bildirilmiş; Wapnir ve arkadaşlarının (1999) yaptığı bir çalışmada ise beden imajındaki değişim nedeniyle mastektomili kadınların, lumpektomi olmuş kadınlardan cinsel ilişkiyi sürdürmede daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir (91).

Sertöz ve arkadaşlarının (2004) ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 125 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, total mastektominin beden algısını bozduğı, bozulmuş beden algısının cinsel doyumda azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğı bulunmuştur. Meme kanserli kadınlarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunun, cinsel ilişkiden kaçınma ve iletişim bozukluğu olduğı belirlenmiştir (87).

Burwell ve arkadaşlarının (2006) meme kanseri cerrahisi sonrası genç kadınlarda cinsel sorunları irdeledikleri, cinsel yaşamda aktif olan, 50 yaş ve altındaki 209 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, cerrahi girişimden 6 ay, 11 ay ve 1,5 yıl sonra olmak üzere, üç değişik dönemde değerlendirdikleri cinsel işlevle ilgili sorunların, cerrahi girişim sonrası ilk 6 ayda, meme kanseri tanısı öncesine göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirledikleri sorunların giderek azalmasına karşın cerrahi girişim sonrası 1. yıl da hala öncesinden yüksek olduğı ve cerrahi girişimin yanı sıra kemoterapinin de cinsel işlev bozukluklarının gelişiminde etkili olduğı bildirilmiştir (22).

### **2.7.2. Kemoterapi Tedavisi ve Cinsel Yaşam**

Kanser hücrelerinin büyüme ve çoğalmalarını durdurmayı veya yok etmeyi amaçlayan, doğal veya yapay maddelerden oluşan ilaçlarla yapılan tedavi biçimine kemoterapi denir. Kemoterapinin kullanılma amacı kanser hücrelerinin meme dokusundan vücuda yayılmasını önlemektir. Meme kanserinde primer cerrahi tedaviden sonra olası mikro-metastazları engellemek ve nüksü önlemek için yapılan sitotoksik

veya endokrin tedaviye adjuvan kemoterapi denir. Lokal ileri evre meme kanserinde ameliyattan önce verilen tedaviye ise neoadjuvan kemoterapi denir. Amacı, tümörü küçülterek lokal tedaviye hazırlamak, küçük sistemik metastazları önlemektir. Lenf nodu tutulumu olan veya çapı 1'cm'den büyük tümörü olan hastalar adjuva kemoterapi için uygun adaylardır. Adjuvan kemoterapi 50 yaşın altındaki kadınlarda daha etkin olmakla birlikte çalışılan tüm yaş gruplarında anlamlı bir yarar göstermiştir (28,39,51,59,93).

Meme kanseri tedavisinde sık kullanılan ve seksüel ya da üreme fonksiyonunu etkileyen kemoterapi ilaçları; cyclophosphamide, 5-fluorouracil, methotrexate, doxorubicin v.bdir. Bu ilaçların amonere, libidoda azalma ve over disfonksiyonu gibi komplikasyonları vardır. Sistemik kemoterapi cinsel işlev üzerine akut ve kronik etki gösterebilmektedir. Akut olarak birçok hasta bulantı, kusma, yorgunluk, saç dökülmesi, kilo artışı, solgunluk ve mukozit deneyimlediklerinden söz etmişlerdir. Kemoterapi ile tedavi olan meme kanserli kadınların %89'unda over fonksiyonlarında azalma ve over yetmezliği ortaya çıkabilir. Prematür menapoz olarak adlandırılan over yetmezliğinin klinik belirtileri; ürogenital epitelin atrofisi, vulva dokusunun incilmesi, vajinal kan akımının ve kayganlığın azalması, buna bağlı ağrılı cinsel ilişki, orgazm ve tatmin olamama, üriner enfeksiyon sıklığının artması, libidonun kaybı, öfori, sıcak basması, depresyon, aşırı yorgunluk ve irritabilitedir. Bu semptomların hepsi kadının cinsel ilişkisini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Over yetmezliğinin gelişimi yaşa ve ilaç dozuna bağlı olarak değişir. Kemoterapiden sonra sürekli amenore gelişme olasılığı 35-40 yaş üstü kadınlarda daha fazladır (27,29,39,53,54,93).

Yapılan çalışmalarda meme kanseri, kemoterapi ya da hormon tedavisinin meme kanserli hastaların cinsel yaşamı üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir. Sıklıkla yaşanan sorunlar arasında cinsel istekte azalma, uyarılma ve kayganlaşmada yetersizlik, ağrılı cinsel ilişki ve baskılanmış orgazm sayılmaktadır. Yine kemoterapi ile ilgili olarak sıcak basması, kilo artışı, yorgunluk, vajinal kuruluk, atrofi, disparoni kadının çekicilik duygusunu olumsuz yönde etkilemektedir. Lindney ve ark., yaş ile kemoterapi arasındaki ilişkiyi, cinsel işlevi incelemişler, kemoterapi alan premenopozal kadınlarda amenore görüldüğünü belirtmişlerdir. Aksine Joly ve ark., kemoterapi ile ilgili cinsel yaşamda farklılık bulamadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kemoterapi

uygulanan meme kanserli hastalarda testosteron replasman tedavisiyle cinsel istek ve orgazm düzeyinde gelişme olduğu bildirilmiştir (27,56,99). Fobair ve ark. (2006)'nın meme kanseri tanısı almış kadınlarda yaptığı çalışmada, kemoterapiye bağlı gelişen saç dökülmesi ve kilo değişiklikleri nedeniyle beden imgesinin olumsuz etkilendiği ve bu nedenle kadınların cinsel yaşamının kötüleştiği belirtmişlerdir (42).

### **2.7.3. Radyoterapi Tedavisi ve Cinsel Yaşam**

Radyoterapi (Işın tedavisi) sıklıkla cerrahi tedaviden sonra geriye kalan meme dokusunda veya cildinde, göğüs duvarında ve koltuk altında kalmış olabilecek kanser hücrelerini ortadan kaldırmak, dolayısıyla daha iyi bir lokal kontrol sağlamak amacıyla uygulanır. Meme kanserinde postoperatif radyoterapi hem yerel-bölgesel hastalığı kontrol etmek, yinelemeleri engellemek, hem de sağkalımı arttırmak amacıyla uygulanır.

Meme koruyucu cerrahi yapıldıysa adjuvan radyoterapi standart kabul edilir. Meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi uygulanması ile elde edilen sağkalım sonuçları total mastektomi ile elde edilen sonuçlara benzer görünmektedir. Meme koruyucu cerrahiden sonra radyoterapinin katkısı 10 randomize çalışmada ve 7311 olguda araştırılmıştır. Her bir çalışmada radyoterapi meme-içi yinelemeleri ortalama %70 oranında engelleyebilmiştir. Radyoterapinin hem yerel kontrole hem de sağkalıma katkısı koltukaltı pozitif hastalarda daha belirgindir. Yerel yineleme ve meme kanseri ölümleri koltukaltı tutulumlu hastalarda daha fazla olduğundan radyoterapinin eklenmesiyle oluşan mutlak yarar bu gruplarda daha büyüktür (11,17,52).

Gerek mastektomi gerek meme koruyucu cerrahi sonrası adjuvan kemoterapi verilecekse, radyoterapinin kemoterapiler bittikten sonra başlaması önerilir. Tedavilerin sıklığı konusunda yapılmış yalnızca bir randomize çalışma vardır. Adjuvan radyoterapi ve hormonal tedavi eş zamanlı verilebilmekle birlikte radyasyonun yan etkilerini arttırdığını gösteren yayınlar bulunduğu için riskli bir durum söz konusu değilse hormon tedavisinin, radyoterapi sonrası başlanması uygundur.

RT nin akut yan etkileri hafif kızarıklıktan yaş deskuamasyona kadar değişen geniş bir yelpaze içinde ifade edilebilir. Özellikle akciğer, geniş alanlardan RT'ye

maruz kaldıysa, tedaviden 6 hafta ile 6 ay sonraki dönemde radyasyon pnömonisi görülebilir. Bu yan etkinin RT ile beraber Tamoksifen uygulanan hastalarda daha çok olduğu bildirilmesine rağmen, bunu doğrulayacak bulgular daha çok hasta sayısını içeren çalışmalarla desteklenmelidir (12). Fibrosiz ve kolda ödem gibi geç yan etkiler genellikle tedaviden 2 yıl sonra görülmektedir. Kardiyovasküler yan etkileri değerlendirmek için minimum 10-15 yıl takip gereklidir. Günümüzde kullanılan modern RT yöntemleri ile kalp ve akciğerlerin maruz kaldıkları radyasyon miktarı belirgin olarak azaltılmıştır. Memede orta-ileri derecede fibrozis ve retraksiyon erken evre için meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi yapılmış hastalarda en fazla %10 oranında bildirilmektedir. Ayrıca radyoterapi tedavisinden sonra, konsantrasyon güçlüğü, enfeksiyona yatkınlık, iştah azalması, bulantı, kusma, memede ödem ve ağrı, renk değişiklikleri, cildin dökülmesi, barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler, akıntı gibi cilt değişiklikleri sekonder olarak cinsel istek kaybı sayılabilir ve bu yan etkilerin çoğu tedaviyi takiben bir yıl içinde kaybolur. Radyoterapi uygulanan kadınlarda aktif tedavi sırasında %80-99 oranında, tedavi sonrasında da %30 kadarında yorgunluk ortaya çıktığı ve yorgunluğun cinsel isteği anlamlı derecede azalttığı bildirilmiştir. Radyasyon uygulanan dokudaki renk değişikliği bazen kalıcı olabilir. Bu durum beden imajı ile cinsel çekiciliği olumsuz olarak etkileyebilir. Ayrıca radyasyon tedavisi sırasında ışın yayma hakkındaki endişeler ve yanlış inanışlar eşleri birbirinden uzaklaştırabilmektedir (11,17,52).

#### **2.7.4. Hormon Tedavisi ve Cinsel Yaşam**

Meme kanseri için endokrin tedavi kararı bazı faktörlere bağlıdır. Endokrin tedaviye cevap alınabileceğinin en önemli göstergesi, tümörde östrojen ve progesteron reseptörlerinin varlığıdır. Meme dokusu ve kanserli hücrelerin büyüme ve gelişmesini östrojen hormonu sağlar. Çoğu meme kanseri dokusu bu hormonu hücreye bağlayacak reseptöre sahiptir. İşte bu reseptörlere sahip hastalar endokrin tedaviye daha iyi cevap verirler. Östrojen reseptörü (ER) pozitif hasta, ER negatif olandan daha uzun hastaliksız sağ kalıma sahiptir ve daha uzun yaşar (5 yılda sağ kalım avantajı %10). Progesteron reseptörü (PR) pozitif olanlarda tedaviye iyi cevap verir, ayrıca nüks edenlerde klinik prognozun olumlu olacağını gösterir. İleri evre hastalıkta endokrin tedaviye cevap oranı,

bir hormon reseptörü pozitif olan hastalarda %33, her iki reseptörü de pozitif hastalarda %50-70'dir. Endokrin tedavi alan hastaların %20-30'unda da hastalığın ilerlemesi durdurulur. Hormon reseptör pozitifliği, postmenopozal hastalarda premenopozal hastalardan daha fazladır.

Endokrin ilaçların seçimi hastaların menopozal durumuna bağlıdır. Çünkü bu faktör östrojenin kaynağını belirler. Premenopozal kadınlarda tedavi seçenekleri antiöstrojenler ve over ablasyonudur. Over ablasyonu cerrahi, radyoterapi veya LHRH (luteinizan hormonu salgılatıcı hormon) agonistleri ile sağlanabilir. Endokrin tedavide kullanılan ilaçlar genellikle ya hücre düzeyinde östrojen etkisini önleyerek (antiöstrojenler) ya da östrojen üretimini önleyerek (LHRH agonistleri ve aromatoz inhibitörleri) etki ederler (9, 27,52).

Premenopozal kadınlarda standart endokrin tedavi tamoksifendir. Tamoksifenin 5 yıl süreyle kullanımını önerilmektedir. Overin baskılaması tamoksifene bir seçenek olarak kabul edilebilir. Premenopozal hastalarda tamoksifen ve LHRH analogları seçilmiş olgularda bir arada kullanılabilir.

Postmenopozal Kadınlarda Standart Endokrin Tedavi: Üçüncü jenerasyon aromataz inhibitörleri ile yapılan çalışmalar, bu ilaçların ilerlemeye kadar geçen süre ve hastaliksız sağ kalım açısından en az tamoksifen kadar etkili veya daha üstün olduklarını göstermiştir. Anastrozole tedavi edilen hastalarda endometrium kanseri, vajinal kanama ve akıntı, serebrovasküler olaylar ve ateş basması daha az görülürken osteoporoz, vertebra kırığı ve artralji-myalji sıklığı daha fazladır.

Tamoksifen post menopozal kadınlarda endometrium üzerine östrojenik etkisi ile kalınlığında artışa ve selim değişikliklere neden olur. Premenopozal kadınlarda adet kesilme, atrofik vajinit, vajinal akıntı ve adet düzensizlikleri gibi menopozal semptomlara neden olur.

Hormon tedavisinde en sık kullanılan ajan Tamoksifendir. Breast Cancer Prevention Trial çalışmasının sonuçlarına göre Tamoksifen ve plasebo alan hastaların cinsel aktivitesinde azalma olduğu ve iki grup arasında cinsel disfonksiyon açısından herhangi bir fark olmadığını bildirmektedir. Buna ek olarak vajinal akıntıda, genital

kaşıntıda ve cinsel ilişki sırasında ağrıda artış olduğu saptanmasına rağmen cinsel fonksiyonların bazı alanlarında (cinsel ilgi, cinsel uyarılma, orgazm) çok az değişikliğin olduğu bildirilmiştir (25). Young-McCaughan, tamoksifen ile tedavi edilen kadınları, tamoksifen almayan kadınlar ile karşılaştırdığında, tamoksifen kullananlarda anlamlı düzeyde cinsel işlev bozukluğu bildirmiştir.

## **2.8. Yaş ve Cinsellik**

Yaşlanma ile birlikte gelişen fiziksel ve hormonal değişiklikler ikili ilişkiler ve cinsel fonksiyonları etkilemektedir. Menopoz döneminde kadınların cinsel yaşamında değişiklikler ortaya çıkar. Kadın, menopozla birlikte vücut imajının kaybolacağını ve kadınlık fonksiyonlarının sona ereceğinin kaygılarını duyar. Bu şekilde artık cinsel çekiciliğinin kalmadığını düşünen kadın cinselliğe olan ilgisini de kaybedebilir. İlerleyen menopoz yıllarında eğer hormon tedavisi alınmıyorsa cinsel organlarda yaşlanmaya bağlı "atrofik değişiklikler" meydana gelebilir. Bu değişiklikler sonucunda vajina da vajen mukozasında incelmeye ve buna bağlı olarak cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanama yakınmaları, genital organlarda fiziksel ve hormonal değişiklikler sonucunda cinsel istekte azalma, yetersiz veya geç uyarılma, orgazm gücünün ve cinsel ilişki sıklığında azalma gibi sorunlar görülmektedir. Ayrıca kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi ilaçları overleri etkileyerek hastaların erken menopoza girmelerine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda 50-59 yaş arasındaki kadınların 40-49 yaş arasındaki kadınlara oranla lubrikasyon sorunlarını daha fazla yaşadıkları belirtilmektedir (64,101).

## **2.9. Beden İmajı ve Cinsellik**

Vücut imajı kavramı 20.yüzyılın ilk yarısında ortaya atılmış, ikinci yarısında ise açıklanmasına ve geliştirilmesine yönelik ilk çalışmalar Schwab (1968), Kolb (1975), Darling-Fisher (1985) tarafından başlatılmıştır. Vücut imajı kavramı birbirine benzeyen veya birbirini tamamlar nitelikte pek çok şekilde tanımlanmıştır. Yapılmış olan bütün tanımlamalardan çıkarılacak olan vücut imajı kavramı; benlik, kendilik, kimlik ve kişilik kavramlarıyla yakın ilişkili olup aynı zamanda sosyo-kültürel değerler tarafından da etkilenmektedir (16).

Psikoseksüel bozuklukların nedenleri arasında, bireyin vücudu ve cinsel organları ile ilgili olumsuz düşünceleri başta gelmektedir. LoPiccolo ve Stock'un çalışmasında psikoseksüel disfonksiyonu bulunan kadınların, çıplak olarak vücutlarına bakmaktan aşırı derecede endişe ve üzüntü duydukları belirtilmiştir. Meme kanseri, kadınları hastalığın cinsel anlam taşıyan organları olan memelerde yerleşmesi ve vücut şeklini bozacak tedaviler gerektirmesi nedeniyle psikolojik, seksüel ve vücut imajı açısından etkilemektedir (16,74).

Kanserli hastalarda beden imgesi değişiklikleri cinsel fonksiyon bozukluklarının nedenleri arasında düşünülmeyp, genellikle göz ardı edilmektedir. Cerrahi girişimlerin fiziksel görünümde, beden algısında, kişinin öz güveninde ve cinsel kimlik algılamasında yaptığı hasarların tümü hastayı ve eşini cinsel açıdan olumsuz etkileyebilir (Platin;1998, Kadıoğlu ve ark;2004). Fobair ve ark. ile Hughes'ın (2000,2006) yaptığı çalışmalarda meme kanserinde uygulanan tedavi sonrasında kadınlarda beden imgesi ile ilgili birçok sorunla birlikte, eşlerin tepkilerinden kaygı duyma ve bu nedenle cinsel ilişkiden uzak durma davranışlarına sıklıkla rastlanmaktadır (28,42,61,65).

## **2.10.Psikiyatrik Sorunlar ve Cinsellik**

Kanser tanısının ilk aşamasında anksiyete, depresyon ve uyum bozuklukları en sık karşılaşılan rahatsızlıklardır. Psikolojik sıkıntı nedeniyle kanser hastalarında cinsel istek ve uyarıda azalma ile orgazma ulaşmada yetersizlik daha yoğun yaşanmaktadır. Speer ve ark.(2005)'nin çalışmasında depresyon ile cinsel istek arasında ilişki olduğu ve depresyonda olan hastaların daha az cinsel istek duydukları saptanmıştır. Can ve ark.(2005)'nin meme kanserli sistematik tedavi almış kadınlarla yaptıkları çalışmada, hastaların cinsel yaşamında depresyonun önemli bir değişken olduğu, depresyon düzeyi arttıkça cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (24,89).

## **2.11.Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Problemlerin Tedavisi ve Hemşirelik**

Meme kanserli hastalarda seksüel disfonksiyonların tedavisi çeşitli sebeplerden dolayı kişiden kişiye değişir. Testesteron seviyesinin azalması meme kanserli hastalarda



cinsel arzunun azalmasına yol açar ve testesteron seviyesi düşük olan hastalarda düşük doz testesteron injeksiyonu uygulanır. Sınırlı sayıda katılımlı bir çalışmada ( Kaplan;1992) kemoterapi alan dört meme kanserli hastada testesteron tedavisiyle orgazm ve cinsel arzuda ilerleme olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte meme kanserli hastalarda androjen replasmanının rolü kanıtlanamamıştır. Östrojen replasman tedavisi ile vajinal duvarda incelme ve kuruluk azaltılıp vajinal kanlanma artırılabilir. Meme kanserli kadınlarda östrojen tedavisi ile ilgili kaygılar olmasına karşın bazı çalışmalarda günlük konjuge östrojen dozunun meme kanserinin göreceli riskini arttırmadığı belirtilmektedir. Oral ve vajinal östrojen veya yavaş östrodiol salınımlı vajinal ring gibi östrojen ilaveleri bu kadınlarda dikkatli kullanılmalıdır. Disparoni ve kayganlaşma sorunu için su bazlı vajinal jeller ve kremler vajinal kayganlaşmaya, analjezik jeller ise hassas vulvadaki ağrıyı gidermeye yardımcı olabilir. Kemoterapi ve yorgunluk cinselliği etkileyebilir. Yorgunluk için uyku düzenleyiciler, dinlenme, egzersiz, stres yönetimi ve beslenme gibi konularda hasta ve ailenin eğitilmesi gerekir (53,57,61).

Kanser hastalarının çoğu seksüel disfonksiyonların tedavisine önem vermezler ve kimseyle konuşmazlar. Kanser ve tedavisiyle ilgili cinsel sorunların zamanında tartışılması sorunları önleyebilir. Bir kadına meme kanseri tanısı konduğunda öncelikle kanser ve ölüm korkusu yaşar. En başta seksüel konular gereksiz gelebilir. Meme kanserinden sonra yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalarda tedavi sonrası seksüel problemler için girişimlere ihtiyaç duyulmuştur. Seksüel konularla ilgili problemlere tedaviden sonraki ilk yıllarda direnç gösterilebilir ve zaman ilerledikçe daha da kötüleşir. Klinisyenlerin meme kanserli hastaların cinsel işlev bozuklukları ile ilgili bilgi alma, yönlendirilme ve tedavi gereksinimlerinin farkında olmaları gerekmektedir (53,57,76).

Cinselliğin sağlık bakımının bir parçası olduğu tüm sağlık meslek örgütleri Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association; ANA), Onkoloji Hemşireler Derneği (Oncology Nursing Society; 1979) tarafından onaylanmıştır. Sağlık profesyonellerinin zaman sınırlılığı, bilgi-egitim eksikliği, cinsel davranış konusunda kişisel anksiyete nedeniyle hastaların cinsel davranışlarını görüşmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir. Seksüel fonksiyonları kapsayan sorunlar geniş bir sınıflandırmayı kapsar. Bu sorunlar; psiko-sosyal stresörler (finans gibi), evliliğe ait anlaşmazlıklar,

seksüel travma hikayesi veya suç, cinsel istek sıklığı, başarılı orgazm, cinsel uyarılma ile birlikte zevk hissetme, uygun vajinal lubrikasyon, genital ağrının karakteri, hastaların tedavi güçlükleri ve sürekliliği ile ilgilidir (53,61,67,76).

Meme kanserli hastalarda sağ kalım uzadıkça, yaşam kaliteleri zıt orantılı olarak etkilenmektedir. Kronik bir hastalık olan kanser, yaşam kalitesini fiziksel, fizyolojik, fonksiyonel, sosyal ve seksüel yönlerden olumsuz etkilemektedir (61).

Meme kanserinde seksüel disfonksiyonun etyolojisi iyi araştırılmamıştır. Problem multifaktöriyel olabilir. Meme kanserinin uzun zamanlı cinsel hayata etkisi, hastanın tanı sırasındaki yaşına ve yapılan tedavi çeşitlerine bağlıdır. Genç bayanlar değişen vücut görüntüleri, üreme kapasitesi ve cinsel fonksiyon değişikliği nedeniyle daha büyük zorluklarla karşı karşıyadır. Kemoterapi gören hastalarda yorgunluk, vazomotor değişiklikler ve cinsellikle ilgili sorunlar daha fazla görülebilir. Tedavi nedeniyle prematür menapoz gelişmesi, östrojen eksikliğine neden olarak vajinal kayganlıkta (lubrikasyon) azalma ve vajinal atrofiye yol açabilir. Bu durumda cinsel problemlere neden olabilir. Ganz ve arkadaşları, bu hastalarda cinsel sağlığı saptayabilmek için taslak halinde bir görüş önermişlerdir. Bu parametreler; vajinal kuruluşun varlığı veya yokluğu, duygusal olarak iyi durumda olmak, vücut imajı, partner ilişkisinin kalitesi ve eşin cinsel problemlerinin olmamasıdır. Meme cerrahisinin tipi seksüel hayatı etkileyen parametrelerden biri olarak gösterilmiştir (53,89,90).

Meme kanseri görülme sıklığı yaşla doğru orantılı olarak arttığından, yaşlı hastaların cinsel yaşamının göz ardı edilmemesi gerekir. Menopoz döneminde kadınların cinsel yaşamında değişiklikler ortaya çıkar. Bu dönemde genital organlarda fiziksel ve hormonal değişiklikler sonucunda cinsel istekte azalma, yetersiz veya geç uyarılma, orgazm güçlüğü, disparoni ve cinsel ilişki sıklığında azalma gibi sorunlar görülmektedir. Meme kanserli yaşlı hastaların cinsellikle ilgili eğitime, tıbbi ve psikolojik desteğe gereksinimi olduğu unutulmamalıdır.

Klinisyenler meme kanserli tüm hastalarla, seksüel kaygılarla ilgili konuşulmasına ihtiyaç olduğunun farkında olmalı, hastalara destek olarak danışmanlık yapmalıdır. Birçok hasta ve eşi için seks konforunu sağlayacak, iletişim kurabilecek,

problemleri çözecek; kanser tedavisinde uzman ekibin bir üyesinin danışmanlığı yeterli olacaktır. Bazı hastalar ise özel psikolojik danışmanlığa ihtiyaç duyabilir (53).

Kanserin ve tedavilerinin cinsel yaşam üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği ve cinselliğin hemşirelik bakımının bir parçası olması gerektiği bilindiği halde hemşirelerin bu konuyu ele almada güçlük yaşadıkları görülmektedir. Cinsellik ve cinsel eğitim konusundaki bilgi açıkları, iletişim sıkıntıları, cinsellikle ilgili inanç ve tutumları nedeniyle çoğu zaman hemşireler cinselliği bakımın dışında düşünmektedir. Bazı hemşireler hastalardan herhangi bir problem iletilmediğinde bu alanla ilgili bir sorun yaşanmadığını düşünmektedir.

Hemşirelerin hastayla cinselliği tartışmak ve görüşmek için uygun zaman ayırmaları ve hassasiyet göstermeleri gerekir. Hastanın cinsellikle ilgili duygu, düşünce ve görüşlerini dinleyerek kendilerini rahat ve güvende hissetmelerini sağlamalıdır. Bunun yanında hemşire hastanın cinsel endişelerinin şahsi ve özel olduğunun farkında olmalıdır. Özellikle cinsel konular hasta için mahrem olduğundan çabuk incinebilirler. Bunun için bireyin özel yaşamına girmek, kişisel alanına ulaşmak belli bir iletişim becerisi gerektirir. Hastaya daha rahat ve doğru bilgi sağlamak için öncelikle bu konuda hemşirelere nasıl rahat olunması ve cinselliğin sağlık sorunu olarak tanımlanması gerektiği anlatılmalıdır. İlgi, anlamak ve hastayı yargılamadan konuşmak hastanın hemşireye olan güvenini artırır.

İlgili kliniklerde çalışan hemşireler, cinselliği bir insan hakkı olarak görüp, doğal bir fizyolojik gereksinim olduğunu bilmeli, hastaların normal cinsel fonksiyonunu geçici ya da kalıcı etkileyen hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmalı, uygun iletişim yöntemleri kullanarak hastalarla konuşmalı, eğitim vermeli ve gerekli durumlarda diğer sağlık profesyonellerine yönlendirebilmelidir. Hastaların cinsellikle ilgili kaygılarını ifade edebilmesi, onlara sorunlarını nasıl çözebilecekleri konusunda bakış açısı kazandırılması bazı cinsel sorunların çözümlenmesini sağlar ve yaşam kalitesini artırır. Hemşirelerin bakım verirken kendi tutum ve değerlerinin farkında olmaları gerekir. Bu nedenle hemşirelerin cinselliğe karşı tutumlarının belirlenmesi yanlış inanç ve değerlerinin değiştirilmesi gerekir.

### **3.MATERYAL VE METOD**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi ve Örneği**

Çalışma, meme kanseri nedeniyle meme ameliyatı öncesi kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi alan/almayan ve modifiye radikal mastektomi(MRF) ya da meme koruyucu cerrahi(MKT)+ aksiller diseksiyon ameliyatı yapılan devamında kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi uygulanan/uygulanmış kadınların cinsel yaşam değişikliklerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırma Soruları**

- Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam değişiklikleri var mı?
- Meme kanserli kadınlarda alınan tedavi ile cinsel yaşam değişikliği arasında ilişki var mı?
- Meme kanserli kadınların sosyodemografik özellikleri ile cinsel yaşam değişiklikleri arasında ilişki var mı (Yaş, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, en çok yaşadığı yer, mesleği, adet durumu)?
- Meme kanseri ve tedavisi eşiyle ilişkisini etkiliyor mu?
- Meme kanserli kadınların cinsel yaşamla ilgili bilgi gereksinimleri var mı?
- Meme kanserli kadınların, beden imajı algısı, aldıkları tedavilerden etkileniyor mu?
- Hemşireler cinsellikle ilgili konularda, meme kanserli kadınlara bilgi veriyor mu?

### **3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler**

Araştırma, Şubat 2008- Nisan 2009 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın yürütüldüğü hastane bir eğitim hastanesi olup plastik cerrahi ve yanık merkezine ait bölümler bulunmaktadır. Kanser hastaları için onkoloji kliniği, radyoterapi ve ayaktan kemoterapi tedavi merkezi hizmet vermektedir. Onkoloji kliniği toplam 45 yatak kapasiteli olup, bu serviste bir Doçent, bir Yrd. Doçent, 3 asistan Doktor, 10 Hemşire görev yapmaktadır. Hastanede hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 saatleri arasında vardiyalı olarak çalışmaktadırlar. Ayaktan kemoterapi ünitesi ise 20 yataklı olup, 2 asistan Doktor ve 4 Hemşire çalışmaktadır. Ayaktan kemoterapi ünitesinde haftanın 5 günü 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet verilmektedir.

### **3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesinde takip ve tedavi edilen meme kanserli kadın hastalar oluşturmaktadır. Onkoloji kliniği ve ayaktan kemoterapi, ünitesine 2006-2007 yılında toplam 1500 hasta başvurmuştur. Bu hastaların 160'ı meme kanseri tanısı almıştır.

Araştırmanın örneklemini, meme kanseri nedeniyle meme ameliyatı öncesi kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi alan ve modifiye radikal mastektomi(MRF) ya da meme koruyucu cerrahi(MKT)+ aksiller diseksiyon ameliyatı yapılan devamında kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi amacıyla Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesinde takip ve tedavileri yapılan kadın hastalar oluşturmaktadır.

Örnek kapsamına 20-70 yaşları arasında olan, cinsel eşi bulunan, pelvik ameliyat geçirmemiş olan, görme, işitme duyularında iletişimi güçlendirecek engeli bulunmayan, şu anda hastalığı metastaz yapmamış olan, en az 6 ay önce cerrahi girişim geçirmiş olan, kronik başka bir hastalığı olmayan, uygulama sürecinde ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 55 meme kanserli kadın alınmıştır.

### **3.5. Uygulama Süreci**

Araştırmanın yapılması için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden yazılı kurum izni alınmıştır. Çalışmanın yapılacağı poliklinik ve klinikteki sağlık personeli ile görüşülerek araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya istekli kadınlara görüşme öncesinde araştırmanın içeriği hakkında bilgi verilerek, sözlü onamları alınmıştır. Poliklinikte ve klinikte çalışma kapsamına alınan kadınlarla birebir görüşme özel bir oda da yapılarak, sessiz ve rahat bir ortam sağlanmıştır. Türkçe bilmeyen hastalar için, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi sahibi, Kürtçe bilen hemşirelerden yardım alınmıştır. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Hasta bilgi formunun uygulanması ortalama 30-40 dakika zaman almıştır. Hastaların bireysel özellikleri ve aldığı tedaviler hasta dosyalarına bakılarak doldurulmuştur. Ön hazırlık çalışmaları Mart-Nisan 2008 tarihleri arasında tamamlanarak, Mayıs-Ekim 2008 tarihleri arasında uygulama yapılarak, Kasım 2008-Mayıs 2009 tarihleri arasında ise veri girişi ve tez yazımı gerçekleştirilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

Bağımlı Değişken: Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam değişiklikleri.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, öğrenim durumu, eşinin eğitim durumu, en çok yaşadığı yer, mesleği, eşinin mesleği, adet durumu, meme ameliyatı olup olmadığı ve olmuşsa süresi, ameliyatının türü, ameliyattan önce tedavi alıp almadığı almışsa türü ve süresi, hastalık öncesi ve sonrası cinsel yaşam, cinsel yaşamla ilgili bilgi gereksinimleri, bilgi kaynağı, ruh sağlığı durumu, sosyal destek, vücut imajı değişiklikleri.

### **3.7. Veri Toplama Araçları**

#### **3.7.1. Hasta Bilgi Formu**

Bu formda toplam 21 soru yer almaktadır. Formda kadınların yaş, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, en çok yaşadığı yer, mesleği, gelir

düzeiyi, sağlık güvencesi, menstrüasyon durumu, eşinin işi, eşinin eğitim durumu, cerrahi girişim zamanı ve tipi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi alıp almadığı ve süresi, şu an sürmekte olan tedavisi, hastalığın ve tedavisinin eşiyile ilişki durumuna etkisini içeren sorular yer almaktadır (EK-1).

### **3.7.2. Seksüel Değişiklikler ile İlgili Soru Formu**

Bu formda seksüel disfonksiyon varlığı ve yoğunluğu değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmanın daha kolay yapılabilmesi için, hastalar, seksüel disfonksiyonun varlığına ve yokluğuna göre gruplandırılmışlardır. ‘Bazen, sıklıkla, her zaman seçenekleri tek bir grup kabul edilerek hastalar seksüel problemi bulunan ‘var’, bulunmayan ‘yok’ olarak iki gruba ayrılmıştır. Hastalara şimdiki cinsel yaşamlarında cinsel istek azalması veya yokluğu, eşe karşı duyulan ilgide azalma, cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık hissi, ilişkiden zevk alamama veya cinsel ilişki esnasında cinsel organlarda ağrı ve kuruluk problemlerinin olup olmadığı ve varsa bunların hangi sıklıkta olduğu sorulmuştur (EK-2).

### **3.7.3. Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi Gereksinimleri İle İlgili Soru Formu**

Bu formda cinsel yaşamda olabilecek değişiklikler ile ilgili hastaların sorularının olup olmadığı, olduysa soruları kime sorduğu veya sormama nedenleri, hastalığı süresince cinsel konularla ilgili sağlık çalışanlarının kendisiyle konuşma durumu, konuşan kişinin mesleği, bilgi almak istediği konular ve hangi meslek grubundan bilgi almak istediği sorulmuştur (EK-3).

### **3.7.4. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire)**

Ölçek O. Doğan ve S. Doğan tarafından İngilizce’den Türkçe’ye çevrilmiş ve Türk toplumu için uygunluğu test edildikten sonra 1992’de Türkiye’de geçerliliği kabul edilmiş bir ölçektir. Bu ölçek; görünüşün, görünüş yöneliminin, fiziksel yeterliliğin, fiziksel yeterlik yöneliminin, sağlığın, sağlık yöneliminin, beden alanlarından doyumun

değerlendirildiği yedi alt grup içermektedir. Anket formunda, bu alt gruplardan sadece meme kanserli kadınların vücut imajının irdelendiği ‘görünüşü değerlendirme’ kısmındaki 6 düşünce sorgulama cümlesi kullanılmıştır. Hastaların, bu düşüncelere ne oranda katıldıklarını, ‘hiç katılmıyorum, genelde katılmıyorum, kararsızım, genelde katılıyorum, kesinlikle katılıyorum’ şeklinde ölçeklendirmeleri istenmiştir. Yanıtlar, sırasıyla 1 ile 5 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekten alınan en yüksek puan 30, en düşük puan 6’dır. Ters anlatımlı cümlelere verilen yanıtlar tersten puanlandırılmıştır. Her soru için hastaların aldığı puanların ortalamaları ve hastaların 6 sorunun tamamından elde ettikleri bireysel ortalamasının ortalaması, operasyon tipine göre karşılaştırılmıştır (36) (EK-4).

### **3.7.5. Genel Sağlık Anketi(GSA)**

Örneğe çıkan kadınların ruhsal durumunu tarama amaçlı kullanılmıştır. Genel Sağlık Anketi David Goldberg tarafından toplumda sık rastlanan akut ruhsal rahatsızlıkları tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Kılıç tarafından yapılmıştır. Kısa, uygulanması kolay, pratik bir ölçek olup GSA 12 ve GSA 28 ‘in ortak olarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. GSA 12’nin iç tutarlılığı 0.78, duyarlılığı 0.74, özgüllüğü 0.84 ‘dür (70).

GSA genel psikopatoloji düzeyini saptamakta ve toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmakta kullanılmaktadır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır. Bu dört sütun denek tarafından 0, 1, 2, 3 olarak kodlanır ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak denegın cevabı kodlanmaktadır. Ölçekten alınan en yüksek puan 36, en düşük puan 0’dır (70,71) (EK-5).

### **3.7.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ)**

Bu ölçek, Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından sosyal destek kaynaklarının araştırılması için geliştirilmiş, uygulaması oldukça kolay ve 12 maddeden oluşan, 7’li Likert-tipi kısa bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin maddeleri başlıca üç grupta toplanmaktadır. Dört madde aile, 4 madde arkadaşlar ve 4 madde diğer önemli kişilerden algılanan sosyal destek düzeyini değerlendirmeyi



hedeflemektedir. Elde edilen puanların toplamı her bir alt grup için ayrı ayrı toplanmakta ve bu grupların toplamı da ölçeğin toplam puanını vermektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek oluşu, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan 84, en düşük puan 12'dir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Eker ve Arkar (1995) tarafından üniversite sağlık merkezine başvuran üniversite öğrencileri, psikiyatri bölümü hastaları, Litotripsi işlemi yapılan böbrek hastaları normal grup olmak üzere 4 grupta yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarında, ölçeğin ve alt ölçeklerinin iç tutarlığı 0.77 ile 0.92 arasında değişmektedir. Ölçeğin depresif belirtiler ile korelasyonu -.22 ile -.55 arasında değişirken, anksiyete belirtileri ile korelasyonunun -.21 ile -.47 arasında değiştiği bulunmuştur (40,46) (EK-6).

### **3.8. Araştırmada Geçen Tanımlar**

**Cinsellik:** Bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için karşılanması zorunlu olmayan ancak türün sürekliliği için gerekli, cinsel doyumu ve iki insanın uyum, enerji, çöşku, içerisinde beraberliklerini içeren bir gereksinimdir. Mutlu, huzurlu bir cinsel yaşam, bireylerin yeteneklerini, üretkenliğini ve kapasitelerini daha üst düzeyde kullanmasını sağlar.

**Cinsel İşlev Bozukluğu:** İnsandaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden birinde oluşan aksamaya bağlı olarak gelişen bozukluklardır.

**Vücut İmajı:** Kişinin kendi vücudunun görünen parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu veya olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir.

### **3.9. Araştırma verisinin analizi**

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde, SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki grup arasındaki farkı karşılaştırmada; süreksiz değişkenler için

"Ki-kare" önemlilik testi, ortalamaların istatistiksel farklılığı için Mann Whitney U analizi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkileri saptamada Pearson Korelasyon testi, Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Kadınların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır.

**Tablo 1.** Kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı (n:55)

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>En çok Yaşadığı Yer</b>		
Şehir	27	49.1
İlçe ve köy	28	50.9
<b>En çok Yaşadığı Bölge</b>		
Güney Doğu Anadolu	51	92.7
Doğu Anadolu	4	7.3
<b>Çocuk Varlığı</b>		
Var	51	92.7
Yok	4	7.3
<b>Konuşulan Dil</b>		
Türkçe	30	54.5
Kürtçe	25	45.5
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	38	69.1
Okur-yazar	6	10.9
İlkokul/Ortaokul mezunu	8	14.5
Lise/Üniversite mezunu	3	5.5
<b>Eşin Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	20	36.4
İlkokul bitirmemiş/İlkokul mezunu	21	38.1
Ortaokul mezunu	5	9.1
Lise/Üniversite mezunu	9	16.4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	3	5.5
Çalışmayan	52	94.5

**Tablo 1.** Kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı (Devamı-1)

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Eşin Mesleği</b>		
Serbest	27	49.1
İşçi	13	23.6
Memur	6	10.9
Çiftçi	6	10.9
Emekli	3	5.5
<b>Sosyal Güvence</b>		
Yeşilkart	23	41.9
SSK	18	32.7
Emekli Sandığı	8	14.5
Bağ-Kur	6	10.9
<b>Algılanan Sosyoekonomik Düzey</b>		
Düşük (Gelir giderden az)	39	70.9
Orta (Gelir ile gider eşit)	14	25.5
İyi (Gelir giderden çok)	2	3.6
<b>Adet Durumu</b>		
Menopoz	28	50.9
Tıbbi menopoz	18	32.7
Menstruasyon	9	16.4
<b>Toplam</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan kanser tedavi ve radyasyon onkoloji merkezinde tedavi gören 55 kadının yaş ortalamasının  $46.90 \pm 9.73$  olduğu (25-68 yaş arası), %20'si (n:11) 20-39 yaş , %61,8'i (n:34) 40-59 yaş ve %18,2'si (n:10) 60 yaş üzeri şeklindedir. Hastaların %49,1'inin en çok şehirde ve %92,7'sinin Güney Doğu Anadolu bölgesinde yaşadığı, %54,5'nin Türkçe konuştuğu ve %92,7'sinin çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Kadınların %69,1'i okur-yazar değil iken, %10,9'u okur-yazar, %14,5'i ilkokul/ortaokul mezunu ve %5,5' i lise/üniversite mezunu, eşlerinin %36,4'ü okuma yazma bilmezken, %38,1'inin ilkokul bitirmemiş/ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %94,5'i ev hanımı ve eşlerinse %49,1'nin serbest olarak çalıştığı, %41,9'unun Yeşil Kartlı, %32,7'sinin SSK'lı olduğu, %70,9'unda algılanan sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu, %50,9'unun menopozda olduğu, %32,7'sinin ise tıbbi tedavilere bağlı menopoza girdiği saptanmıştır.

#### 4.2. Meme Kanseri, Bireysel Özellikler ve Tedavilerin Cinsel Yaşama Etkisinin Belirlenmesi

Meme kanserli kadınlara uygulanan cerrahi girişim türü, bu işlemde geçen süre ile uygulanan tıbbi tedavilerin dağılımı Tablo 2 ve Tablo 3'te yer almaktadır.

**Tablo 2.** Cerrahi girişim öncesi ve sonrası uygulanan tıbbi tedavilerin dağılımı

Cerrahi Girişim Öncesi	Sayı	%
<b>Uygulanan Tıbbi Tedavi Türü*(N=27)</b>		
Kemoterapi 1-15 kür	15	55.56
Radyoterapi 20 seans ve altı	10	37.03
Hormonoterapi 1-12 ay	2	7.41
<b>Toplam</b>	<b>27</b>	<b>100</b>
<b>Cerrahi Girişim Sonrası Uygulanan Tıbbi Tedavi Türü (N=55)**</b>		
Kemoterapi 1-5 kür	19	39.58
6-15 kür	21	43.75
16 kür ve üstü	8	16.67
<b>Toplam</b>	<b>48</b>	<b>100</b>
Radyoterapi 15 seans ve altı	7	25.92
16-30 seans	15	55.56
31 seans ve üstü	5	18.52
<b>Toplam</b>	<b>27</b>	<b>100</b>
Hormon tedavisi 1-12 ay	5	31.25
13-24 ay	6	37.50
25 ay ve üstü	5	31.25
<b>Toplam</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

\* **Yüzdeler toplam sayı üzerinden hesaplanmıştır.**

\*\* **Birden fazla tedavi türü uygulanan kadınlar vardır.**

Cerrahi girişim öncesi kadınların sadece %55.56'sına kemoterapi, %37.03'üne radyoterapi, %7.41'ine hormon tedavisi uygulandığı, cerrahi girişim sonrası ise %87.27'sine kemoterapi, %49,09'una radyoterapi, %29,09'una de hormon tedavisi uygulandığı saptanmıştır. Uygulanan tıbbi tedavilerin kür, seans ve sürelerine göre; %43.75'ine 6-15 kür kemoterapi, %55.56'sına 16-30 seans radyoterapi, %37.50'sine 13-24 ay hormon tedavisi uygulandığı saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 3.** Cerrahi girişim türü ve cerrahi girişimden sonra geçen süre

Cerrahi Girişim Türü	Sayı	%
Modifiye Radikal Mastektomi	46	83.6
Lumpektomi	9	16.4
<b>Toplam</b>	<b>55</b>	<b>100</b>
<b>Cerrahi Girişimden Sonra Geçen Süre (ay) X±SS</b>	21.47±20.24, Min:6ay, Max:84ay	

Hastaların %83,6'sının (n:46) MRM geçirdiği, cerrahi girişimden sonra geçen süre ortalamasının 21.47±20.24 ay olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tedavilerden sonra ortaya çıkan sorunların eş ile ilişkiyi ve cinsel yaşamı etkileme durumu Tablo 4 ve Tablo 5'te yer almaktadır.

**Tablo 4.** Tedavilerin kadın ile eşinin ilişkisine etkisi

Tedaviler Eş İle İlişkiyi (N=55)	Sayı	%*
Etkiledi	43	78.18
Etkilemedi	12	21.82
<b>Toplam</b>	<b>55</b>	<b>100</b>
<b>Etkileme Nedeni (N=43)**</b>		
'Tıbbi komplikasyonların ilişkiyi olumsuz etkilemesi'	31	72.09
'Fiziksel görünümünden dolayı kendini yetersiz hissetme'	18	41.86
'Sağlığı için endişelenme'	14	32.55
'Eşin anlayışsız ve tartışmalara neden olması'	14	32.55
'Hala kendini hasta hissetme'	15	34.88

\* **Yüzdeler toplam sayı üzerinden hesaplandı.**

\*\* **Birden fazla yanıt verildi.**

Hastaların %78,18'i aldığı tedavilerin eşiyile ilişkisini etkilediğini ifade etmiştir. Etkilenme nedenleri beş grupta toplanmıştır. Buna göre kadınların %72.09'u 'tıbbi komplikasyonların ilişkilerini olumsuz' etkilediğini, %41.86'sı 'fiziksel görünümünden

dolayı rahatsız' olduğunu, %32.55'i hem 'sağlığı için endişeli' hem de 'eşinin anlayışsız ve tartışmalara' neden olduğunu belirtmiştir. (Tablo 4).

**Tablo 5.** Tedavilerin cinsel yaşamı etkileme durumu

<b>Tedaviler Cinsel Yaşamı(N=55)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
Etkiledi	41	74.54
Etkilemedi	14	25.46
<b>Toplam</b>	<b>55</b>	<b>100</b>
<b>Etkileme Nedeni (N=41)**</b>		
'Hastalığa ilişkin endişelenme'	31	75.60
'Kendini iyi hissetmeme'	27	65.85
'Hastanın cinsel ilişkiyi isteyip eşin istememesi'	6	14.63

\* **Yüzdeler toplam sayı üzerinden hesaplandı.**

\*\* **Birden fazla yanıt verildi.**

Tedavilerin cinsel yaşamı etkileme durumuna bakıldığında; cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini belirten 41 kadının toplam 64 yanıt verdiği saptanmış (%74.54) ve bu yanıtlar üç grupta toplanmıştır. Buna göre etkilenen kadınların %75.60'ı 'hastalığa ilişkin endişelerim' var, %65.85'i 'kendimi iyi hissetmiyorum', %14.63'ü de 'ben cinsel ilişkiyi istiyorum eşim istemiyor' ifadelerini kullanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 6.**Hastalık öncesi ve sonrası cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		Hastalık Öncesi		Hastalık Sonrası		İstatistiksel Anlam	
		Sayı	%	Sayı	%	$\chi^2$	p
Cinsel istekte azalma	var	23	41.8	48	87.3	$\chi^2=23.885$ p=0.001	
	yok	32	58.2	7	12.7		
Eşe ilgi azalması	var	12	21.8	41	74.5	$\chi^2=28.049$ p= 0.001	
	yok	43	78.2	14	25.5		
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	var	18	32.7	4	85.5	$\chi^2=28.904$ p=0.001	
	yok	37	67.3	8	14.5		
İlişkiden zevk alamama	var	32	58.2	51	92.7	$\chi^2=21.667$ p=0.001	
	yok	23	41.8	4	7.3		
İlişki süresince ağrı	var	6	10.9	35	63.6	$\chi^2=29.908$ p= 0.001	
	yok	49	89.1	20	36.4		
İlişki süresince kuruluk	var	15	27.3	41	74.5	$\chi^2=24.047$ p= 0.001	
	yok	40	72.7	14	25.5		
Toplam		55	100	55	100		

Tablo 6’da kadınların hastalık öncesi ve sonrası cinsel yaşamlarına ilişkin özellikler yer almaktadır. Hastaların %41,8’i hastalık öncesi, %87,3’ü hastalık sonrası cinsel istekte azalma olduğunu, %21,8’i hastalık öncesi, %74,5’i hastalık sonrası eşe olan ilgide azalma olduğunu, %32,7’si hastalık öncesi, %85,5’i hastalık sonrası cinsel ilişki düşüncesinden rahatsız olduğunu, %58,2’si hastalık öncesi %92,7’si hastalık sonrası ilişkiden zevk alamadığını, %10,9’u hastalık öncesi %63,6’sı hastalık sonrası ilişki süresince ağrı olduğunu, %27,3’ü hastalık öncesi %74,5’i hastalık sonrası ilişki süresince kuruluk olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalık öncesi ve sonrası cinsel işlev fonksiyonlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.001) ( Tablo 6).



**Tablo 7.**Hastalık sonrası cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi

Cinsel İşlev Bozuklukları	N	Yok		Bazen		Sık		Her zaman	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel istekte azalma	55	7	12.7	18	32.7	26	47.3	4	7.3
Eşe ilgi azalması	55	14	25.5	22	40.0	19	34.5	0	0.0
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	55	9	16.4	14	25.5	30	54.5	2	3.6
İlişkiden zevk alamama	55	4	7.3	19	34.5	27	49.1	5	9.1
İlişki süresince ağrı	55	20	36.4	19	34.5	13	23.6	3	5.5
İlişki süresince kuruluk	55	14	25.5	20	36.4	17	30.8	4	7.3

Hastalık sonrası cinsel işlevi değerlendiren sorulara yanıt veren hastaların, cinsel istekte azalma ile ilgili sorulara, %12,7'si olmadığını, %32,7'si bazen, %47,3'ü sık, %7,3'ü her zaman olduğu yanıtını vermişlerdir. Eşe ilgide azalma; %25,5'i olmadığını, %40'ı bazen, %34,5'i sık olduğunu belirtmişlerdir. Cinsel ilişki düşüncesinden rahatsızlık; %16,4'ü olmadığını %25,5'i bazen, %54,5'i sık, %3,6'sı her zaman olduğunu ifade etmişlerdir. İlişkiden zevk alamama; %7,3'ü yok, %34,5'i bazen, %49,1'i sık, %9,1'i her zaman yanıtını vermiştir. İlişki süresince ağrı; %36,4'ü yok, %34,5'i bazen, %23,6'sı sık, %5,5'i her zaman olduğunu belirtmiştir. İlişki süresince kuruluk;%25,5'i olmadığını, %36,4'ü bazen, %30,8'i sık, %7,3'ü her zaman olduğunu ifade etmiştir (Tablo 7).

**Tablo 8.** Yaş ortalamaları ile cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		Sayı	Yaş Ort.±SS.	İstatistiksel anlam Fisher'in Kesin testi ve p değeri
Cinsel istekte azalma	var	48	46.50±9.58	z=-,379
	yok	7	44.85±13.14	p=0.704
Eşe ilgi azalması	var	41	47.34±10.06	z=-1,296
	yok	14	43.21±09.38	p=0.195
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	var	47	46.63±10.53	z=-,478
	yok	8	44.25±05.72	p=0.633
İlişkiden zevk alamama	var	51	46.23±10.24	z=-,422
	yok	4	47.00±06.48	p=0.673
İlişki süresince ağrı	var	35	48.17±10.93	z=-2,120
	yok	20	43.00±07.11	p=0.039
İlişki süresince kuruluk	var	41	48.00±10.21	z=-2,256
	yok	14	41.28±07.47	p=0.028

\* t testi Ort.±SS

Tablo 8'de hastaların yaş ortalamaları ile cinsel işlev bozuklukları karşılaştırılmıştır. Yaş ortalamaları ile cinsel ilişki süresince kuruluk (p=0.028) ve ağrı (p=0.039) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Cinsel ilişki süresince kuruluk ile yaş ortalaması arasında olumlu, orta düzeyde, anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (r=0.29, p=0.028). Yaş ortalamaları ile cinsel istekte azalma, cinsel ilişkiden rahatsızlık, eşe ilgi azalması ve ilişkiden zevk alma arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tek değişkenli analizde cinsel işlev bozuklukları ile eğitim düzeyi karşılaştırıldığında, kadınların eğitim düzeyine göre cinsel işlev bozukluğunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Kadınların çalışıp çalışmama durumuna ve algılanan sosyoekonomik duruma göre cinsel işlev bozuklukları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Eşin eğitim düzeyi ve mesleği, cinsel işlev bozuklukları ile karşılaştırıldığında kadınların cinsel işlev bozukluğunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 9.** Menopoz ile cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		Menopoz		Diğerleri		Toplam		İstatistiksel anlam Fisher'in Kesin testi ve p değeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	$\chi^2$	p
Cinsel istekte azalma	var	27	49.1	21	38.2	48	87.3	$\chi^2=4.696$ p=0.045	
	yok	1	1.8	6	10.9	7	12.7		
Eşe ilgi azalması	var	25	45.5	16	29.0	41	74.5	$\chi^2=6.531$ p=0.011	
	yok	3	5.5	11	20.0	14	25.5		
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	var	27	49.1	20	36.4	47	85.5	$\chi^2=5.526$ p=0.022	
	yok	1	1.8	7	12.7	8	14.5		
İlişkiden zevk alamama	var	27	49.1	24	43.6	51	92.7	$\chi^2=1.159$ p=0.292	
	yok	1	1.8	3	1.8	4	7.3		
İlişki süresince ağrı	var	21	38.1	14	25.5	35	63.6	$\chi^2=4.183$ p=0.046	
	yok	7	12.8	13	23.6	20	36.4		
İlişki süresince kuruluk	var	22	40.0	19	34.6	41	74.5	$\chi^2=0.487$ p=0.349	
	yok	6	10.9	8	14.5	14	25.5		
Toplam		28	50.9	27	49.1	55	100		

\*Satır, \*\*Sütun

Tablo 9'da hastaların menopoz durumu cinsel işlev bozuklukları karşılaştırılmıştır. Cinsel işlev bozukluklarının bazı parametreleri ile menopoz arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Menopozda olan kadınların, % 49,1'inde cinsel istekte azalma ve cinsel ilişki düşüncesinde rahatsızlık, % 45,5'inde eşe ilgide azalma, %38,1'inde ilişki süresince ağrı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Tıbbi menopoz ile cinsel işlev bozuklukları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 10.** Adet görme durumu ile cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		Menstrüasyon		Menopoz		Tıbbi Menopoz		Toplam		İstatistiksel anlam Fisher'in Kesin testi ve p değeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	$\chi^2$	p
Cinsel istekte azalma	var	4	7.3	27	49.1	17	30.9	48	87.3	$\chi^2=17.809$ p=0.001	
	yok	5	9.1	1	1.8	1	1.8	7	12.7		
Eşe ilgi azalması	var	3	5.5	25	45.5	13	23.6	41	74.5	$\chi^2=11.313$ p=0.003	
	yok	6	10.9	3	5.5	5	9.1	14	25.5		
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	var	5	9.1	27	49.1	15	27.3	47	85.5	$\chi^2=9.251$ p=0.010	
	yok	4	7.3	1	1.8	3	5.5	8	14.5		
İlişkiden zevk alamama	var	7	12.7	17	30.9	27	49.1	51	92.7	$\chi^2=3.630$ p=0.099	
	yok	2	3.6	1	1.8	1	1.8	4	7.3		
İlişki süresince ağrı	var	4	7.3	21	38.2	10	18.2	35	63.6	$\chi^2=4.503$ p=0.046	
	yok	5	9.1	7	12.7	8	14.5	20	36.4		
İlişki süresince kuruluk	var	5	9.1	22	40.0	14	25.5	41	74.5	$\chi^2=2.049$ p=0.242	
	yok	4	7.3	6	10.9	4	7.3	14	25.5		
Toplam		9	16.4	28	50.9	18	32.7	55	100		

\*Satır, \*\*Sütun

Tablo 10'da hastaların menopoz, menstrüasyon ve tıbbi menopoz durumu ile cinsel işlev bozuklukları karşılaştırılmıştır. Cinsel işlev bozuklukları ile adet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkın menopozda olan gruptan kaynaklandığı ve bu grupta cinsel işlev bozukluklarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Menstrüasyonu devam edenlerin %7,3'ünde, menopozda olanların %49,1'inde, tıbbi menopozda olanların %30,9'unda cinsel istekte azalma; menstrüasyonu devam edenlerin %5,5'inde, menopozda olanların %45,5'inde, tıbbi menopozda olanların ise %23,6'sında eşe ilgide azalma; menstrüasyonu devam edenlerin %9,1'inde, menopozda olanların %49,1'inde, tıbbi menopozda olanların ise %27,3'ünde cinsel ilişki düşüncesinden rahatsız; menstrüasyonu devam edenlerin %7,3'ünde, menopozda olanların %38,2'sinde tıbbi menopozda olanların ise %18,2'sinde ilişki süresince ağrı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 11.** Cerrahi girişim tipi ile cinsel işlevlerin karşılaştırılması

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		MRM		Lumpektomi		Toplam		İstatistiksel anlam Fisher'in Kesin testi ve p değeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	$\chi^2$	p
Cinsel istekte azalma	var	38	69.1	10	18.2	48	87.3	$\chi^2=1.782$ p=0.224	
	yok	7	12.7	0	0.0	7	12.7		
Eşe ilgi azalması	var	33	60.0	8	14.5	41	74.5	$\chi^2=1.192$ p=0.503	
	yok	12	21.8	2	3.6	14	25.5		
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	var	38	69.1	9	16.4	47	85.5	$\chi^2=0.203$ p=0.550	
	yok	7	12.7	1	1.8	8	14.5		
İlişkiden zevk alamama	var	43	78.2	8	14.5	51	92.7	$\chi^2=2.936$ p=0.147	
	yok	2	3.6	2	3.6	4	7.3		
İlişki süresince ağrı	var	29	52.7	6	10.9	35	63.6	$\chi^2=0.070$ p=0.530	
	yok	16	29.1	4	7.3	20	36.4		
İlişki süresince kuruluk	var	35	63.6	6	10.9	41	74.5	$\chi^2=1.363$ p=0.217	
	yok	10	18.2	4	7.3	14	25.5		
<b>Toplam</b>		<b>45</b>	<b>81.8</b>	<b>10</b>	<b>18.2</b>	<b>55</b>	<b>100</b>		

Tablo 11’de cerrahi girişim türü ile cinsel yaşam değişiklikleri karşılaştırılmıştır. Cerrahi girişim türü ile cinsel yaşam değişiklikleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 12’de cerrahi girişimden sonra geçen ortalama süre ile cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık yer almaktadır.

**Tablo 12.** Cerrahi girişimden sonra geçen ortalama süre ile cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlığın dağılımı

Cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık		Post-op geçen süre (ay)	İstatistiksel Anlam
		Ort.±SS	
	var	07.75±01.03	M-WU:49.00 p=0.001
	yok	23.80±21.03	z=-3.336

Cerrahi girişimden sonra geçen ortalama süre ile cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p:0.001). Cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık ile cerrahi girişimden sonra geçen süre arasında olumsuz, orta düzeyde, anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (r=0.28, p=0.037). Diğer cinsel yaşam değişiklikleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 12).

**Tablo 13.**Cerrahi tedavi sonrası kemoterapi alanların cinsel yaşamlarındaki değişiklikler

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		Post-op Kemoterapi						İstatistiksel anlam Fisher'in Kesin testi ve p değeri
		Alan		Almayan		Toplam		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	$\chi^2$
Cinsel istekte azalma	Var	47	85.5	1	1.8	48	87.3	$\chi^2=0.149$ p=0.873
	yok	7	12.7	0	0.0	7	12.7	
Eşe ilgi azalması	var	40	72.7	1	1.8	41	74.5	$\chi^2=0.348$ p=0.745
	yok	14	25.5	0	0.0	14	25.5	
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	var	46	83.6	1	1.8	47	85.5	$\chi^2=0.173$ p=0.855
	yok	8	14.5	0	0.0	8	14.5	
İlişkiden zevk alamama	var	50	90.9	1	1.8	51	92.7	$\chi^2=0.080$ p=0.927
	yok	4	7.3	0	0.0	4	7.3	
İlişki süresince ağrı	var	35	63.6	0	0.0	35	63.6	$\chi^2=1.782$ p=0.364
	yok	19	34.5	1	1.8	20	36.4	
İlişki süresince kuruluk	var	40	72.7	1	1.8	41	74.5	$\chi^2=0.348$ p=0.745
	yok	14	25.5	0	0.0	14	25.5	
Toplam		54	98.2	1	1.8	55	100	

\*Satır,\*\*Sütun

Tablo 13'de Cerrahi tedavi sonrası kemoterapi alanlarda cinsel işlev değişiklikleri yer almaktadır. Cerrahi girişim sonrası kemoterapi alan ve almayan kadınlarda cinsel işlev bozuklukları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 14.**Cerrahi tedavi sonrası radyoterapi alanların cinsel yaşamlarındaki değişiklikler

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		Post-op Radyoterapi						İstatistiksel anlam Fisher'in Kesin testi ve p değeri
		Alan		Almayan		Toplam		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	$\chi^2$
Cinsel istekte azalma	Var	26	47.3	22	40.0	48	87.3	$\chi^2=4.278$ p=0.039
	yok	1	1.8	6	10.9	7	12.7	
Eşe ilgi azalması	var	22	40.0	19	34.5	41	74.5	$\chi^2=1.345$ p=0.198
	yok	5	9.1	9	16.4	14	25.5	
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	Var	27	49.1	20	36.4	47	85.5	$\chi^2=9.027$ p=0.003
	yok	0	0.0	8	14.5	8	14.5	
İlişkiden zevk alamama	var	26	47.3	25	45.5	51	92.7	$\chi^2=1.002$ p=0.319
	yok	1	1.8	3	5.5	4	7.3	
İlişki süresince ağrı	var	17	30.9	18	32.7	35	63.6	$\chi^2=0.010$ p=0.570
	yok	10	18.2	10	18.2	20	36.4	
İlişki süresince kuruluk	var	21	38.2	20	36.4	41	74.5	$\chi^2=0.292$ p=0.409
	yok	6	10.9	8	14.5	14	25.5	
<b>Toplam</b>		<b>27</b>	<b>49.1</b>	<b>28</b>	<b>50.9</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	

\*Satır,\*\*Sütun

Cerrahi tedavi sonrası radyoterapi alanların cinsel yaşamlarındaki değişiklikler Tablo 14'de yer almaktadır. Kadınlarda radyoterapi alanların %47.3'ünde, almayanların %40'ında cinsel istekte azalma (p=0.039), radyoterapi alanların %49.1'inde, almayanların %36.4'ünün cinsel ilişkiden rahatsız (p=0.003) olduğu saptanmıştır. Radyoterapi alan ve almayan hastalarda ilişkiden zevk alamama, ilişki süresince kuruluk, ilişki süresince ağrı ve eşe olan ilginin azalması gibi seksüel fonksiyonlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 15.**Cerrahi tedavi sonrası hormon tedavisi alanların cinsel yaşamlarındaki değişiklikler

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		Post-op Hormon Tedavisi						İstatistiksel anlam Fisher'in Kesin testi ve p değeri
		Alan		Almayan		Toplam		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	$\chi^2$
Cinsel istekte azalma	Var	15	27.3	33	60.0	48	87.3	$\chi^2=0.021$ p=0.630
	yok	2	3.6	5	9.1	7	12.7	
Eşe ilgi azalması	var	14	25.5	27	49.0	41	74.5	$\chi^2=0.790$ p=0.296
	yok	3	5.4	11	20.1	14	25.5	
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	Var	17	30.9	30	54.6	47	85.5	$\chi^2=4.188$ p=0.040
	yok	0	0.0	8	14.5	8	14.5	
İlişkiden zevk alamama	var	15	27.3	36	65.5	51	92.7	$\chi^2=0.736$ p=0.363
	yok	2	3.6	2	3.6	4	7.3	
İlişki süresince ağrı	var	14	25.5	21	38.2	35	63.6	$\chi^2=3.725$ p=0.049
	yok	3	5.4	17	30.9	20	36.4	
İlişki süresince kuruluk	var	14	25.5	27	49.1	41	74.5	$\chi^2=0.790$ p=0.296
	yok	3	5.4	11	20.0	14	25.5	
Toplam		17	30.9	38	69.1	55	100	

\*Satır,\*\*Sütun

Tablo 15'te cerrahi tedavi sonrası hormon tedavisi alanlarda cinsel işlev değişiklikleri yer almaktadır. Cerrahi işlem sonrası hormon tedavisi alan ve almayan meme kanserli kadınlarda cinsel ilişkide ağrı bozukluğu ve cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık alanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hormon tedavisi alan ve almayan hastalarda, cinsel istekte azalma, eşe ilgi azalması, ilişkiden zevk alamama, ilişki süresince kuruluk gibi seksüel fonksiyonlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 16.** Çok yönlü beden imajı algısı ölçeğinin ortalama puanlarının ameliyat tipiyle karşılaştırılması.

<b>Çok Yönlü Beden İmajı Algısı Ölçeği</b>	<b>MRM</b> (n=45) <b>Ort.±SS*</b>	<b>Lumpektomi</b> (n=10) <b>Ort.±SS*</b>	<b>Mann</b> <b>Whitney U</b> <b>z</b>	<b>p</b>
Bedenim cinsel yönden çekici	2.27 ±0.83	2.30±0.82	-.159	0.874
İnsanların gördükleri halimden hoşnutum	2.42±0.89	2.80±1.22	-832	0.405
Birçok kişi iyi görüdüğüm düşüncesindedir	2.93±0.96	3.20±0.78	-.735	0.462
Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım	1.78±0.79	3.00±1.24	-2.865	<b>0.004</b>
Giysisiz görünüşümü beğeniyorum	1.78±1.02	2.40±1.07	-1.896	0.058
Fiziksel yönden çekici değilim	3.47±0.99	3.40±1.07	-.140	0.889
Algılanan beden imajı toplam puanı	14.64±2.73	17.10±3.34	-2.075	<b>0.038</b>

\* **Ort.±SS**

Tablo 16’da çok yönlü beden imajı algısı ölçeği ortalama puanları, ameliyat tipiyle karşılaştırılmaktadır. Cinsel yönden çekicilik açısından, MRM ve lumpektomi uygulanan kadınlar arasında fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Hastaların vücutlarından toplum gözüyle hoşnut olma durumu, insanların gördükleri halinden hoşnut olma durumu, fiziksel olarak kendini çekici bulma durumu ve giysisiz görünüşünü beğenmesi ile ameliyat tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bununla birlikte MRM uygulanan kadınlar, lumpektomi uygulanan kadınlara kıyasla giydiklerinin üzerine uymasından ( $p=0.004$ ) daha az hoşnut olduklarını belirtmişlerdir. Hastaların algıladıkları beden imajı toplam puanı ile operasyon tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.038$ ).

Hastaların algıladıkları beden imajı toplam puanı ile cinsel işlevler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 17.** GSA puan ortalaması ile cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması

Cinsel İşlev Bozuklukları Var (+), Yok (-)		Genel sağlık anketi Puanı (GSA)		İstatistiksel anlam Mann Whitney U	
		n	Ort.±SS	Z	p
Cinsel istekte azalma	yok	7	17.57±4.19	-0.813	p=0.416
	var	48	18.54±3.67		
Eşe ilgi azalması	yok	14	17.28±3.42	-1.525	p=0.127
	var	41	18.80±3.77		
Cinsel ilişkiden rahatsızlık	yok	8	17.25±2.81	-0.900	p=0.368
	var	47	18.61±3.84		
İlişkiden zevk alamama	yok	4	18.50±2.08	-0.163	p=0.871
	var	51	18.41±3.83		
İlişki süresince ağrı	yok	20	17.30±2.86	-1.874	p=0.061
	var	35	19.05±4.08		
İlişki süresince kuruluk	yok	14	18.21±2.48	-0.155	p=0.876
	var	41	18.48 ±4.08		

Tablo 17’de GSA puan ortalaması ile cinsel fonksiyonlar karşılaştırılmaktadır. Kadınların GSA’dan aldıkları puanlar 10-29 puan arasında değişmekte olup, puan ortalaması 18.41 olarak bulunmuştur. GSA puan ortalamaları ile cinsel fonksiyonlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 18.** Hastaların sosyal destek ölçeği puanları

Sosyal Destek Ölçeği	X±SS	En düşük değer	En yüksek değer
Özel bir kişiden algılanan sosyal destek	21.78±7.14	4	28
Aileden algılanan sosyal destek	13.90±4.68	5	26
Arkadaştan algılanan sosyal destek	13.80±8.45	4	28
Algılanan sosyal destek toplamı	49.30±15.67	18	80

Tablo 18’de meme kanserli kadınların sosyal destek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 49.30’dur. Hastaların özel bir kişiden algılanan sosyal destek puan ortalaması 21.78, aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 13.90 ve arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalaması 13.80’dir. Algılanan sosyal destek ortalama puanı ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>005$ ).

**Tablo 19.** Lojistik regresyon sonuçlarına göre cinsel ilişki süresince ağrı durumunu etkileyen faktörler

Bağımsız Değişkenler	B	p	O.R. Exp(B)	%95 G.A
Menopoz	2.440	0.042	3.62	1.30 -2.01
Hormon tedavisi	1.607	0.046	2.31	1.21-1.88
Yaş	0.038	0.293	1.04	0.96-1.11
<b>İlişki süresince ağrı (sabit)</b>	-3.190	0.041		

Cinsel ilişki süresince ağrı durumu ile yaş, menopoz ve hormon tedavisi alma durumu arasındaki ilişkileri araştırmak için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre cinsel ilişki süresince ağrı varlığı, menopozda olanlarda, olmayanlara göre 3,6 kat, hormon tedavisi alanlarda, almayanlara

göre 2,3 kat daha fazla saptanmıştır. Olguların yaşının modele etkisi istatistiksel olarak anlamlı ( $p>005$ ) bulunmamıştır (Tablo 19).

**Tablo 20.** Lojistik regresyon sonuçlarına göre cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlığı etkileyen faktörler

Bağımsız Değişkenler	B	p	O.R. Exp(B)	%95 G.A
Menopoz	2.641	0.039	4.81	2.52 -14.69
Radyoterapi	1.730	0.041	1.72	1.13-2.36
Hormon tedavisi	-0.228	0.986	1.749	0.86-3.53
Ameliyattan sonra geçen süre	0.559	0.119	1.01	1.00-1.02
<b>Cinsel ilişkiden rahatsızlık (sabit)</b>	-7.660	0.031		

Cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık ile menopoz, ameliyattan sonra geçen süre, hormon tedavisi ve radyoterapi arasındaki ilişkileri araştırmak için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre cinsel ilişkiden rahatsızlık, menopozda olanlarda, olmayanlara göre 4.8 kat, radyoterapi alanlarda, olmayanlara göre 1.7 kat daha fazla saptanmıştır. Olgularda ameliyattan sonra geçen sürenin ve hormon tedavisinin modele etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ( $p>005$ ).

### 4.3. Hastaların Cinsellikle İlgili Sorunlarda Bilgi Arama Davranışları ve Bilgi Gereksinimleri

**Tablo 21.**Hastaların cinsellikle ilgili sorunlarda bilgi arama davranışları(55)

<b>Cinsel yaşamla ilgili soru sorma durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%**</b>
Soran	7	12.7
Sormayan	48	87.3
<b>Bilgi kaynakları</b>		
Doktor	7	12.7
Hemşire	0	0.0
Yazılı kaynaklar(kitab,gazete,dergi,internet)	0	0.0
<b>Soru sormama nedenleri</b>		
Bu konuyu önemsemiyorum	28	50.9
Bu konular özeldir konuşulmaz	12	21.8
Bu konuyu konuşmak için kendimi rahat hissetmiyorum	7	12.7
Kime soracağımı bilemedim	1	1.8
<b>Sağlık personelinin kendiliğinden bilgi verme durumu</b>		
Evet	4	7.3
Hayır	51	92.7
<b>Eğitimi veren kişinin mesleği</b>		
Doktor	3	75.0
Hemşire	1	25.0
<b>Eğitimi yeterli bulma durumu</b>		
Yeterli bulan	3	75.0
Yetersiz bulan	1	25.0
<b>Toplam</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

\*\*Sütun

Tablo 21’de hastaların cinsellikle ilgili sorunlarda bilgi arama davranışları yer almaktadır. Kadınların %12,7’si cinsel yaşamla ilgili soru sorarken, %87,3’ü sormadığını ifade etmiştir. Hastaların %12,7 ‘si (n:7) bu soruları doktora sorduğunu, %50,9’u bu konuyu önemsemediğini, %21,8’i bu konunun özel olduğunu, %12,7’si konuşmak için kendini rahat hissetmediğini ve %1,8’i kime soracağını bilmediğini söylemiştir. Hastaların %7,3’üne sağlık personeli kendiliğinden cinsellikle ilgili bilgi vermiştir ve eğitim alanların %75’i verilen eğitimi yeterli bulduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 22.**Hastaların cinsel yaşamla ilgili bilgi gereksinimleri(55)

<b>Cinsel yaşamla ilgili bilgi gereksinimi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%**</b>
Olan	19	34.5
Olmayan	36	65.5
<b>Eşinin bilgi gereksinimi</b>		
Olan	15	27.3
Olmayan	40	72.7
<b>Bilgi almak istedikleri meslek</b>		
Doktor	9	47.37
Hemşire	2	10.52
Doktor ve Hemşire	8	42.11
<b>Bilgi almak istedikleri konular*</b>		
Hastalıkla ilgili her konuda	13	28.26
Hastalığın cinselliğe etkisi	17	36.95
Eşimle birlikte olmamda sakınca var mı?	16	34.79
<b>Toplam</b>	<b>100.0</b>	

\*Birden fazla yanıt verildi.

Hastaların cinsel yaşamla ilgili danışmanlık isteme durumu Tablo 22’de yer almaktadır. Kadınların %34,5’i kendisinin, %27,3’ü eşinin bilgi gereksinimi olduğunu, %47.37’si doktordan, %10.52’si hemşireden, %42.11’ doktor veya hemşireden bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir. Bilgi almak istedikleri konular sorulduğunda %28.26’sı cinsellikle ilgili her konuda, %36.95’i hastalığın cinsel yaşama etkisi ve %34.79’u ise eşiyile birlikte olmasında sakınca olup olmadığı ile ilgili bilgi almak istediklerini söylemiştir.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 25-68 yaşları arasında olan 55 meme kanserli kadının cinsel yaşam değişikliklerini etkileyen faktörler araştırılmıştır.

Kadınların bireysel özellikleri ile cinsel fonksiyonlar karşılaştırıldığında; Meme kanserli kadınların yaş ortalamaları ( $46.90 \pm 9.73$ ) ile cinsel ilişki süresince kuruluk ( $p=0.028$ ) ve ağrı ( $p=0.039$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Cinsel ilişki süresince kuruluk ile yaş ortalaması arasında olumlu, orta düzeyde, anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $r=0.29$ ,  $p=0.028$ ). Yani yaş ilerledikçe cinsel ilişki süresince kuruluk artmakta ya da yaş küçüldükçe sorun azalmaktadır. Yaş ortalaması ile cinsel istek azlığı, eşe ilgi azalması ve cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Yaşlanma ile birlikte gelişen fiziksel ve hormonal değişiklikler ikili ilişkiler ve cinsel fonksiyonları etkilemektedir. Vacek ve arkadaşları (2003), yaşam kalitesi puanlarının zaman içinde düştüğü, yaş arttıkça yaşam kalitesindeki etkilenmenin arttığını belirlemişlerdir (96).

Speer ve arkadaşları (2005), ileri yaşlarda kadınlarda lubrikasyonda azalma nedeniyle dispareni görüldüğü ve hastaların cinsel ilişkiden uzak kaldıklarını belirlemişlerdir (89). Çayan ve arkadaşları, eğitim seviyesinin düşük oluşu, işsizlik, çok sayıda doğum, menopoz ve kronik hastalık varlığı gibi faktörlerin cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını arttırdığını belirlemişlerdir (31). Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgusuyla uyumludur. Bazı parametrelerde anlamlı farklılığın ortaya konamaması hasta sayısının azlığına bağlanabilir

Araştırmamızda, kadınların eğitim düzeyi, çalışıp çalışmama durumu, yaşadıkları yer, algılanan sosyoekonomik durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, eşin eğitim düzeyi ve mesleği cinsel işlev bozuklukları ile karşılaştırıldığında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu parametrelerde anlamlı bir farkın çıkmaması, hasta sayısının az olmasına, kadınların ve eşlerinin eğitim seviyesinin düşük olmasına, sosyokültürel etmenlere bağlanabilir. Arıcan (2002), meme cerrahisi sonrası adjuvan tedavi almış meme kanserli kadınlarda psikoseksüel durum ve vücut imajı açısından yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında, eğitim düzeyi ile psikoseksüel durum arasında bir etki saptanmamıştır. Aygin (2005) çalışmasında kadın ve eşinin eğitim düzeyi ile cinsel işlevleri karşılaştırdığında zevk ve uyarılma bozukluğunda anlamlı bir fark olduğunu saptarken diğer cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir fark belirlememiştir (5,13).

Türk hastalar ile yapılan iki çalışmada düşük gelir düzeyinin genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenirken, Akın (2007), meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve öz-etkililiklerini değerlendirdiği çalışmasında gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında bir fark saptanmamıştır (3,49,80).

Araştırmamızda hastaların %50,9'unun menopozda olduğu, %32,7'sinin ise tıbbi tedavilere bağlı menopoza girdiği ve %16,4'ünün menstruasyonunun devam ettiği saptanmıştır. Çalışmada menopozda olan kadınların, % 49,1'inde cinsel istekte azalma ve cinsel ilişki düşüncesinde rahatsızlık, % 45,5'inde eşe ilgide azalma, %38,1'inde ilişki süresince ağrı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Tıbbi menopoz ve menstruasyon durumu ile cinsel işlev bozuklukları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 10).

Kemoterapi gören hastalarda tedavi nedeniyle prematür menapoz gelişmesi, östrojen eksikliğine neden olarak vajinal kayganlıkta (lubrikasyon) azalma ve vajinal atrofiye yol açabilir. Aygin (2005), menopoz ve menstruasyon durumu ile cinsel işlev bozukluklarını karşılaştırdığı çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlemiştir (5). Lindsey ve arkadaşları, yaş ve kemoterapinin cinsel işleve etkisini incelemişler, kemoterapi alan premenopozal kadınlarda amenore görüldüğünü belirlemişlerdir (27). Çalışmamızdan elde edilen bulgular bazı literatür bulgularıyla uyumludur.

Çalışmamızda cerrahi girişim öncesi kadınların sadece %55.56'sına kemoterapi, %37.03'üne radyoterapi, %7.41'ine hormon tedavisi uygulandığı, cerrahi girişim



sonrası ise %87.27'sine kemoterapi, %49,09'una radyoterapi, %29,09'una da hormon tedavisi uygulandığı saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmamızda kadınların %78.18'inin kanser tedavisinin eşiyle ilişkisini etkilediği belirlenmiştir. Buna göre kadınların %72.09'u 'tıbbi komplikasyonların eşiyle ilişkisini olumsuz' etkilediğini, %41.86'sı 'fiziksel görünümünden dolayı rahatsız' olduğunu, %32.55'i hem 'sağlığı için endişeli' hem de 'eşinin anlayışsız ve tartışmalara' neden olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Tedavilerin cinsel yaşamı etkileme durumuna bakıldığında; kadınların %74.54'ü cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini, etkilenen kadınların %75.60'ı 'hastalığa ilişkin endişelerim' var, %65.85'i 'kendimi iyi hissetmiyorum', %14.63'ü de 'ben cinsel ilişkiyi istiyorum eşim istemiyor' ifadelerini kullanmışlardır. (Tablo 5).

Bakewell ve Volker (2005), meme kanseri tedavisinin cinselliğe etkisini araştırdıkları çalışmalarında; kemoterapi ve radyoterapinin, bir kadının çekiciliğini etkileyebilecek, saç dökülmesi, solgunluk, kilo alma, yorgunluk, vajinal irritasyon, disparoni, erken menapoz, vajinal kuruluk, istek kaybı, bulantı ve kusma gibi yan etkilerinin eşiyle ilişkisini ve cinselliğini olumsuz etkilediklerini saptamışlardır. Ayrıca vücut imajındaki değişiklik, hastalığın tekrarlama korkusu ve ölüm kadında, eşi tarafından reddedilme korkusunu arttırmaktadır ve bütün bunlar hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Henson (2002), meme kanseri ve seksüel fonksiyonlar ile ilgili yaptığı bir çalışmada; mastektomi yapılmış hastalar, benign meme kanserli hastalarla karşılaştırıldığında evliliğe ait problemlerin daha fazla görüldüğünü belirlemiştir (15,55).

Araştırmamızda meme kanserli kadınlarda, hastalık öncesi ve sonrası cinsel işlev bozukluğu karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (Tablo 6). Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgusuyla uyumludur.

Takahashi ve Kai (2005), meme kanseri tedavisinden sonra cinselliği araştırdıkları çalışmalarında, cinselliğin kanser tanısının konulmasını izleyen dönemde ihmal edildiğini, özellikle Asya da gerçekleştirilen çalışmalarda bu sonucun gözlendiğini vurgulamışlardır(11). Kanser tanı ve tedavisi pek çok fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel sorunlara neden olmaktadır. Yaşanan bu sorunlar

cinselliği de etkilemektedir (61,68,70). Cinsel yaşam değişiklikleri kanserin lokalizasyonuna, tedavisine ve tedavinin yan etkilerine, yaşa, beden imgesinde olan değişikliklere, kişilerin inanç ve tutumlarına göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri tedavisinde cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi kadınlar da cinsel işlev bozukluğuna neden gösterilmektedir (10,88,92,103).

Araştırmamızda kadınların, % 83,6'sının MRM, %16,4'ünün lumpektomi geçirdiği ve hastaların hiç birine meme rekonstrüksiyonu uygulanmadığı saptanmıştır (Tablo 3). Çalışmamızda kadınlarda, cerrahi girişim türü ve cinsel yaşam değişiklikleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak MRM işlemi yapılmış olan kadınlarda tüm cinsel işlev bozukluklarının daha fazla olduğu görülmektedir.

Mastektominin, kadında memenin kaybına bağlı olarak çeşitli düzeylerde psikolojik ve seksüel bozukluklara neden olduğunun gösterildiği çalışmalar bulunmaktadır. MKT yaklaşımının daha iyi vücut imajına ve daha az seksüel bozukluğa neden olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (83).

Nissen (2001), rekonstrüktif cerrahi geçiren kadınlarda, rekonstrüktif memedeki hissizliğin kadınlarda psikolojik ve seksüel bozuklukları arttırdığını belirlemiştir. Al-Ghazal ve arkadaşları (2000), acil meme rekonstrüksiyonu yapılmış bir gruba geç rekonstrüksiyon yapılmış grubu karşılaştırdıkları çalışmada, acil rekonstrüksiyon yapılan grubun kendilerini daha çekici hissettiklerini ve seksüel olarak daha memnun olduklarını saptamışlardır. Kiebert ve arkadaşlarının, meme kanserli kadınlarda uygulanan cerrahi tipinin psikoseksüel açıdan yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı 16 çalışma içeren analizinde, 9 çalışmada cerrahi tipleri arasında fark bulunmamıştır. 4 çalışmada ise MKT uygulanmış kadınların psikolojik olarak daha çok etkilendiklerini izlemiştir. Rowland (2000), lumpektomi yapılan kadınların, mastektomi veya mastektomi+rekonstrüksiyon yapılan kadınlara göre daha az seksüel problem yaşadıklarını saptamıştır (55,73).

Araştırmamızda, meme kanserli hastaların, cerrahi girişimden sonra geçen süre ortalaması  $21.47\pm 20.24$  ay olarak saptanmıştır (Tablo 3). Cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık ile cerrahi girişimden sonra geçen süre arasında olumsuz, orta düzeyde, anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $r=0.28$ ,  $p=0.037$ ). Ameliyattan sonra

geçen süre arttıkça cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık azalmaktadır. Diğer cinsel yaşam değişiklikleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Burwell ve arkadaşlarının (2006) meme kanseri cerrahisi sonrası genç kadınlarda cinsel sorunları irdeledikleri, cinsel yaşamda aktif olan, 50 yaş ve altındaki 209 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, cerrahi girişimden 6 ay, 11 ay ve 1,5 yıl sonra olmak üzere, üç değişik dönemde değerlendirdikleri cinsel işlevle ilgili sorunların, cerrahi girişim sonrası ilk 6 ayda, meme kanseri tanısı öncesine göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirledikleri sorunların giderek azalmasına karşın cerrahi girişim sonrası 1. yıl da hala öncesinden yüksek olduğu ve cerrahi girişimin yanı sıra kemoterapinin de cinsel işlev bozukluklarının gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir (22).

Meme kanseri nedeniyle uzun dönem takip edilen hastalarda yapılan çalışmalar, hastaların %20-30'unun cerrahi sonrası ilk iki yıl yoğun psikolojik baskı altında olduklarını göstermektedir. Nissen (2002), meme kanserli kadınları ameliyat sonrası 1, 3, 6, 12, 18 ve 24. aylarda izlemiş ve psikolojik bozuklukların ilk 18 ayda hastalarda daha çok görüldüğünü belirlemiştir. Kadınların cerrahi sonrası dönemde, ağrı, ameliyatlı taraftaki kol da hareket sınırlılığı ve lenf ödem gibi nedenlerle yaşam kalitesinin etkilendiğini belirtmiştir. Aygin (2005) çalışmasında, cerrahi girişimden sonra 19 ay ve üzerinde süre geçmiş olanlarda ağrı bozukluğunun daha az görüldüğünü belirtmiştir (13,77).

Çalışmamızda cerrahi girişim sonrası kemoterapi alan ve almayan kadınlarda cinsel işlev bozuklukları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).

Meme kanseri tedavisinde cerrahi girişim ve kemoterapi, kadınların cinsel işlev bozukluğu deneyimlemesine neden gösterilmektedir. Ayrıca kadınlarda over fibrozisi ya da direkt etki ile follikül harabına neden olan kemoterapinin cinsel işlev ve üreme bozukluğuna neden olduğu belirtilmektedir (27).

Young-McCaughan, adjuvan kemoterapi alan ve almayan meme kanserli kadınları tanı sonrası 7 yıl izledikleri ve cinsel işlevi karşılaştırdıkları çalışmada, adjuvan kemoterapi alan kadınlarda vaginal kuruluğun 5.7 kat, libidoda azalmanın 3 kat,

ağrılı cinsel ilişkinin 5.5 kat ve orgazma ulaşmada zorlanmanın 7.1 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Ganz ve arkadaşları (tedavi sonrası 1-5 yıl, 2000), kemoterapi alan kadınlarda cinsel problemlerin çok yaygın olduğunu belirtirken Joly ve arkadaşları (tedavi sonrası 10 yıl), kemoterapi ile cinsel işlevde farklılık bulamadıklarını belirtmişlerdir (27,37,44,103).

Çalışmamızda, cerrahi girişim tipi ve kemoterapi ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir farkın çıkmaması, örneklem sayısının azlığına, kadınların bölgesel olarak cinsel beklentilerinin az olmasına, hastalıkla ilgili endişe ve ölüm korkusu gibi etmenlere bağlanabilir. Meme kanserli hastalarda tedavi sonrası gelişen psikoseksüel bozuklukların etyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla beraber, önceden var olan seksüel problemler, vücut imajı, kadının psikolojisi, yaş ve menopoz gibi birçok faktörün etkin olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, cerrahi tedavi sonrası radyoterapi alanların %47.3'ünün, almayanların %40'ının cinsel istekte azalma ( $p=0.039$ ), radyoterapi alanların %49.1'inin, almayanların %36.4'ünün cinsel ilişkiden rahatsız ( $p=0.002$ ) olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgularıyla uyumludur.

Radyoterapi uygulanan kadınlarda aktif tedavi sırasında %80 oranında, tedavi sonrasında da %30 kadarında yorgunluk ortaya çıktığı ve yorgunluğun cinsel isteğe anlamlı derecede engel olduğu bildirilmiştir. Radyoterapiye bağlı bulantı, kusma, memede ödem ve ağrı, cilt değişiklikleri, iştahsızlık, yorgunluk ve barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler kadınlarda cinsel aktivitenin azalmasına neden olmaktadır (9,15,47). Aygin (2005) çalışmasında radyoterapi alan ve almayan meme kanserli kadınlar arasında cinsel işlev bozuklukları açısından herhangi bir fark belirlememiştir (13).

Çalışmamızda cerrahi işlem sonrası hormon tedavisi alan ve almayan meme kanserli kadınlarda cinsel ilişki süresince ağrı bozukluğu ve cinsel ilişki düşüncesinin verdiği rahatsızlık alanında istatistiksel olarak anlamlı fark ( $p<0.05$ ) bulunmuştur (Tablo 15). Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgularıyla uyumludur.

Hormon tedavisi, kemoterapi ve radyoterapiye kıyasla daha az yan etki ve psikolojik değişiklikler yapmaktadır. Hormon tedavisinde en sık kullanılan ajan olan tamoksifen, sıcak basması, vaginal kuruluk, libido kaybı gibi yan etkilerle hastalarda cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır. Berglund ve arkadaşları (2001), hormon tedavisi alan premenopozal meme kanserli kadınların seksüel fonksiyonlarının daha çok etkilendiğini belirtmişlerdir. Aygin (2005) çalışmasında, hormon tedavisi alan kadınlarda, tedavi almayanlara göre ağrı bozukluğunu anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Bu konunun incelendiği 3 yeni araştırmada ise tamoksifen kullanımının meme kanseri ile yaşıyan kadınların cinsel işlevi üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (27).

Çalışmamızda hastaların, vücutlarından toplum gözüyle hoşnut olma durumu, insanların gördükleri halinden hoşnut olma durumu, fiziksel olarak kendini çekici bulma durumu ve giysisiz görünüşünü beğenmesi ile ameliyat tipleri arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bununla birlikte MRM uygulanan kadınlar lumpektomi uygulanan kadınlara kıyasla giydiklerinin üzerine uymasından ( $p=0.004$ ) daha az hoşnut olduklarını belirtmişlerdir. Hastaların algıladıkları beden imajı toplam puanı ile operasyon tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.038$ ) (Tablo 16). Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgularıyla uyumludur.

Meme koruyucu cerrahi, beden imajı ve özgüveni koruması nedeniyle radikal girişimlere göre psiko-sosyal açıdan daha avantajlı bulunmaktadır. Arıcan (2002) çalışmasında, ameliyat tipiyle beden imajı arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Rowland ve arkadaşlarının (2000), ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşıyan 1957 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada kadınların %57'sine lumpektomi, %27'sine mastektomi ve %17'sine mastektomi+meme rekonstrüksiyonu uygulandığı, beden imajı ve cinsel çekicilik duygusu açısından lumpektomili kadınların diğerlerine göre kendilerini daha iyi hissettikleri belirlenmiştir. Wapnir ve arkadaşları (1999) çalışmalarında, beden imajındaki değişim nedeniyle mastektomili kadınların, lumpektomi olmuş kadınlardan cinsel ilişkiyi sürdürmede daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Mock (1993) çalışmasında, MKT uygulanan hastaların, mastektomi ve

acil rekonstrüksiyon yapılan hastalara göre, beden imajı algısının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (5,55,83).

Çalışmamızda, kadınların algıladıkları beden imajı toplam puanı ile cinsel işlevler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Schover meme kanserli hasta grubunda, beden imajındaki değişikliklerin cinsel istekte azalmaya neden olduğunu belirlemiştir. Stock çalışmasında psikoseksüel disfonksiyon bulunan kadınların, çıplak olarak vücutlarına bakmaktan aşırı derecede endişe ve üzüntü duyduklarını saptamıştır. Meme kanseri, kadınları, hastalığın cinsel anlam taşıyan organları olan memelerde yerleşmesi ve vücut şeklini bozacak tedaviler gerektirmesi nedeniyle psikolojik, seksüel ve vücut imajı açısından etkilemektedir (42,55,74). Çalışmamızda beden imajı ile cinsel işlevler arasında anlamlı bir farkın çıkmaması, kadınların bölgesel olarak cinsel beklentilerinin az olmasına, sosyokültürel özelliklerine ve örneklem sayısının azlığına bağlanabilir.

Araştırmamızda, kadınların GSA'dan aldıkları puanlar 10-29 puan arasında değişmekte olup, puan ortalaması 18.41 olarak bulunmuştur. GSA puan ortalamaları ile cinsel fonksiyonlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 17). Anlamlı bir farkın çıkmaması, hastalığın tekrarlamasına ilişkin belirsizlik, ölüm korkusu ve yaşama isteği gibi kaygılar nedeniyle hastalarda cinselliğin ikinci plana itilmesinden kaynaklanabilir.

Meme kanseri olan kadınlarda, tedaviler nedeniyle vücutlarında oluşan şekil bozuklukları, tedaviler, bunların getirdiği ek sorunlar, kendilerini yetersiz hissetme, ölüm korkusu, endişe, anksiyete, depresyon, toplumdaki yadsınma gibi pek çok nedene dayalı stres faktörü bulunmaktadır. Meme kanseri nedeniyle uzun dönem takip edilen hastalarda yapılan çalışmalar, hastaların %20-30'nun cerrahi sonrası ilk 2 yıl içinde yoğun psikolojik baskı altında olduklarını göstermektedir (44,50).

Henson (2002) meme kanseri ve seksüel fonksiyon ile ilgili yaptığı bir çalışmada erken dönemde hastaların %45'inde anksiyete ve depresyon saptamıştır. Patricia Ganz ve arkadaşları, 1998'de meme kanserli 864 kadını cinsel fonksiyon yönünden incelediklerinde, sağ kalan meme kanserli hastaların iyi bir sağlık algısı olduğunu, depresyon düzeylerinin de düşük depresyon bulguları gösteren yaşlı kadın

popülasyonuna benzer olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, mastektomi sonrası kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin arttığı, beden algısı, benlik saygısı ve psikoseksüel açıdan olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir. Spiegel'in çalışmasında, meme kanserli hastaların %80'i ilk tedavi esnasında kanserin tekrarlayacağına ilişkin anksiyete, ölüm anksiyetesi ve cinsel sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (6,47,55).

Çalışmamızda hastaların, algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 49.30'dur. Hastaların özel bir kişiden algılanan sosyal destek puan ortalaması 21.78, aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 13.90 ve arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalaması 13.80'dir (Tablo 18). Algılanan sosyal destek puan ortalaması ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>005$ ). Anlamlı bir farkın çıkmaması, hasta sayısının azlığına, çalışma kapsamındaki kadınların özel bir hasta grubu olmasından dolayı sağlıklı bireylere göre daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duymalarından kaynaklanabilir.

Meme kanseri tanısının konması hastayı olduğu kadar ailesini ve arkadaşlarını da büyük ölçüde etkilemektedir. Aile sistemleri teorisine göre ailede bir hastalık baş gösterdiğinde etkisini sadece hasta birey üzerinde göstermez, bu etki tüm aile sistemleri üzerine yansır. Ailelerin hastalar için pasif bir sığınak gibi değil kanser krizini aynı anda yaşayan bir insan birliği olarak görülmesi gerektiği öne sürülmektedir. Ailenin ve hastaların meme kanseri ile mücadeledeki başarısı, kadınların meme kanseri ve tedavisi ile başa çıkmasını olumlu yönde etkileyen faktörlerdir. Yapılan araştırmalarda olaya daha iyi uyum sağladığını bildiren hastaların, daha uzun süredir evli olduğu, eşinden, çocuklarından, doktorundan, hemşiresinden daha çok destek gördükleri belirtilmektedir. Hastalar kendilerine yardımcı dokunan faktörler içinde en başta eşlerinin ve diğer aile üyelerinin destekleyici yaklaşımlarının olduğunu belirtmektedirler. Birçok meme kanserli kadın hastalık sürecinde hem ailelerinin ve akranlarının hem de sağlık profesyonellerinin desteğine gereksinim duymaktadır. Hastaların çoğu ağrı, beden imajıyla ilgili problemler, cinsel sorunlar ve sosyal izolasyon gibi özel sorunlar konusunda duygularını ifade etme gereksinimi içindedir. Bu doğrultuda hasta ve ailelerin kendine yardım veya destek gruplarına katılım yönünde cesaretlendirilerek, sosyal destek ağlarının genişletilmesi sağlanabilir (47,60).

Savcı (2006), kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyini araştırdığı çalışmasında, hastaların aileden, özel bir insandan ve arkadaştan alınan sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin arttığını saptamıştır. Davis ve arkadaşları (2005), Avustralya'daki erken evre meme kanserli kadınların destek gereksinimlerini incelemiştir. Araştırmada tanıdan sonraki 6 ay ile 1 yıl içindeki 26-94 yaş arasındaki cinsel eşi olan kadınların ne tanı ne de tedavi sırasında %16'sının aile ve sağlık personelinde hiç destek almadığını, %65'i ailesinden destek aldığını, çok az hasta ise sağlık personelinde destek aldığını ifade etmişlerdir (33,85).

Çalışmamızda, cinsel işlev bozuklukları için risk değişkenlerinin belirlenmesi amacı ile kullanılan lojistik regresyon analiz sonucuna göre, menopozun, radyoterapi ve hormon tedavisinin cinsel işlev bozukluklarını anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu konuyla ilgili yapılan birçok çalışmada menopoz, radyoterapi ve hormon tedavisi ile cinsel işlev değişiklikleri arasında anlamlı fark saptanmıştır (5,13,64,101).

Araştırmamızda, hastaların cinsellikle ilgili sorunlarda bilgi arama davranışları incelendiğinde kadınların %12,7'si cinsel yaşamla ilgili soruları olduğunu ve %12,7'sinin tamamı bu soruları doktora sorduğunu belirtmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu halde soru soranların oranının düşük olması, hastalıkları nedeniyle bu konuyu önemsememeleri, özel hayatları hakkında konuşmak istememeleri, cinsel yaşamdan beklentilerinin az olması, kime soracaklarını ve nasıl soracaklarını bilmemeleri gibi nedenlere bağlanabilir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgularıyla uyumludur.

Arıcan (2002) çalışmasında, hastaların %38'inin psikolojik destek ve cinsel sağlık sorunlarını başta kendi eşleri olmak üzere arkadaş, akraba ve aynı problemlere sahip diğer kadınlarla paylaştıklarını ve sadece %4'ünün profesyonel destek aldıklarını saptamıştır. Bir çalışmada, aktif kanser tedavisi altındaki hastaların %82'si sağlık çalışanları ile seksüel endişelerini paylaştıklarını, geri kalan hasta grubu ise kanser tedavisi olurken cinselliğin akıllarına gelen en son şey olduğunu ifade etmişlerdir (5,30).

Araştırmamızda hastaların %7,3'üne sağlık personelinin kendiliğinden cinsel konularla ilgili bilgi verdiği saptanmıştır. Eğitimin %75'i doktor, %25'i hemşire



tarafından verilmiştir. Bu bulgu sağlık kurum ve kuruluşlarında cinsel sağlıkla ilgili bilgi ve danışmanlık hizmeti verilmemesi, sağlık personelinin cinselliği tartışacak kadar yeterli zamanlarının olmadığı ifade edilmesi, sessiz kalan hastaların cinsel sorun yaşamadıkları düşüncesi ve ülkemizin sosyokültürel yapısından kaynaklanabilir (72,97,100). Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bulgularıyla uyumludur.

Hastaların sağlık personeli tarafından bilgilendirilme yüzdesine bakıldığında, ülkemizde de meme kanserli hastaların yeterince bilgilendirilmedikleri literatür bilgileriyle desteklenmektedir. Cinsellikle ilgili, sağlık profesyonellerinin bakış açılarının değerlendirildiği bir çalışmada, %90'ının cinselliğin bütüncül yaklaşım içinde yer aldığını kabul etmelerine karşın, %86'sının cinselliğe yeterince eğilmediği belirtilmiştir. Arıcan (2002) çalışmasında, meme kanserli hastaların tedavisini yürüten doktorları ile problemlerini konuşma oranını %12,5 olarak saptamıştır. Açıkgöz (2007) çalışmasında, sağlık personelinin bilgi alan kanserli hastaların tümünün bu bilgileri doktordan aldıklarını saptamıştır (1,5,55).

Araştırmaya katılan kadınların %34,5'i kendisinin, %27,3'ü eşinin bilgi gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Bilgi almak istedikleri konuların başında, 'hastalığın cinsel yaşama etkisi ve hastalıkla ilgili her konu' gelmektedir. Bilgi ve danışmanlık isteğinin az olması, ülkemizde cinsel konuların konuşulmasının tabu sayılması, hastaların eğitim ve sosyokültürel düzeyinin düşük olmasına bağlanabilir.

Takahashi ve Kai (2005) meme kanserli kadınlar ile ilgili çalışmalarında, tedavilerinin cinsel yaşama etkisi, cinsel disfonksiyonlar, bedensel değişikliklerin eşler arasındaki ilişkiye etkisi gibi konularda kendilerinin ve eşlerinin bilgi ve danışmanlık hizmeti almak istediklerini saptamışlardır. Açıkgöz (2007) çalışmasında, kanser hastalarının hastalıkla ilgili her konuda, cinsel ilişkiye başlama zamanı, disparoni, cinsel istekle ilgili konularda bilgi almak istediklerini saptamıştır (1,90).

## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Meme kanserli hastaların cinsel yaşamlarındaki değişikliklerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Kadının ve eşinin eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin mesleği gibi özellikler ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- Cinsel işlev bozukluklarının bazı parametreleri ile menopoz ve yaş ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.
- Kadınlarda, hastalık sonrası cinsel işlev bozukluklarının arttığı saptanmıştır.
- Kadınların yarısından fazlasında meme kanseri ve tedavilerin eş ile ilişkiyi ve cinsel yaşamı olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir.
- Cerrahi girişim sonrası kemoterapi alan ve almayan kadınlarda cinsel işlev bozuklukları açısından anlamlı bir fark görülmezken radyoterapi ve hormon tedavisi alan ve almayan hastalarda cinsel işlev bozukluklarının bazı boyutlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.
- Lumpektomi ve MRM ile cinsel yaşam değişiklikleri arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- Lumpektomi geçiren kadınlarda algılanan beden imajı puanının, MRM geçiren hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- GSA puan ortalaması ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- Kadınların algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 49.30 olup, algılanan sosyal destek puanı ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- Lojistik regresyon analizinde menopozun, hormon tedavisi ve radyoterapi almanın cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili risk faktörleri olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların %12,7'sinin cinsellikle ilgili soruları olduğu ve tümünün bu bilgileri doktordan aldığı saptanmıştır.

- Hastaların %7,3'üne sağlık personelinin kendiliğinden bilgi verdiği ve bu bilgilerin %75'inin doktor, %25'inin hemşire tarafından verildiği saptanmıştır.
- Hastaların %34,5'i kendisinin %27,3'ü eşinin cinsel yaşamla ilgili bilgi gereksinimi olduğu, bilgi almak istedikleri mesleklerden ilk sırayı doktor, ikinci sırayı doktor ve hemşirelerin aldığı belirlenmiştir.

## **Öneriler**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Meme kanseri tanısının konması ile hastaların bir bütün olarak ele alınması, tedavi ve sonuçlarına bağlı olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması için sağlık profesyonellerinin multidisipliner yaklaşımla hareket etmesi
- Cinsellik konusunun mahremiyeti düşünülerek, hastanelerde hastaların cinselliği konuşmada cesaretlendirilebileceği, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilebileceği uygun bir ortamın sağlanması
- Hastalara verilecek eğitimin, bireyin gereksinimleri doğrultusunda, eğitim düzeyine uygun, eşleri ile birlikte planlı ve uygun bir ortamda olması
- İlgili kliniklerde çalışan hemşirelerin, meme kanserli hastalarda, ortaya çıkabilecek seksüel disfonksiyonlarda hasta ve eşine yardım edebilmek ve bu konudaki bilgi eksikliklerini giderebilmek için konuyla ilgili grup çalışmaları, konferanslar ve eğitim toplantılarına katılmaları
- Cinsel işlev bozukluğunu etkileyen tedavilerin olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik eğitim kitabçıklarının (diyet, egzersiz, uyku, cinsel yaşam, düzenli kontrol v,b) hazırlanması
- Türkiye'de kadın cinsel işlev bozukluklarını değerlendirecek daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- 1.Açıkgöz F. Düzce ilindeki kanserli hastaların cinsel yaşamlarındaki değişikliklerin ve bilgi gereksinimlerinin saptanması. A.İ.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2007.
- 2.Akın A..Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara, 2003.
- 3.Akın S. Meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve öz-etkililiklerinin değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2007.
- 4.Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. Eur J Cancer, 2000; 36:1938-1943
- 5.Arıcan L.Z. Meme cerrahisi sonrası adjuvan tedavi almış meme kanserli kadınlarda psikoseksüel durum ve vücut imajı açısından yaşam kalitesi analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi A.B.D. Uzmanlık Tezi, İzmir, 2002
- 6.Arıkan RN. Travmatik bir yaşantı: meme kanseri ve mastektomi. Kriz Dergisi. 2001;9:39-46.
- 7.Armutçu E. Türkiye Cinselliğini Konuşuyor. 1.Baskı, İstanbul: Doğan Kitabçılık, 2006.
- 8.Avis NE, Crawford S, Manuel J.: Psychosocial problems among younger women with breast cancer. Psychooncology, 2004;13(5):295-308.
- 9.Aydiner A, Dinçer M, Topuz E. Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitabevleri, 2003
- 10.Aydiner A, Dinçer M, Topuz E.: Meme Kanseri. Ed:Topuz E. Aydiner A.Karadeniz A.N.,Klinik Onkoloji. Tunç Matbaası, İstanbul, 2000;70-81
- 11.Aydiner A., Topuz E, Dinçer M., Özmen V. Meme Kanseri. A. Aydiner, E. Topuz (Ed.).Turgut Yayıncılık A.Ş. ISBN 975-9000-28-X, 2006
- 12.Aydiner A, Topuz E, (Ed.).Meme Kanseri Tanı-Tedavi-Takip. İstanbul Konsensusu. Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.
- 13.Aygin D. Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam durumunun incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005
- 14.Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü  
<http://www.ksgm.gov.tr/politika%20dokumanlari/egitim.2008.Ankara>.

15. Bakewell RT, Volker DL. Sexual dysfunction related to treatment of young women with breast cancer. *Clin J Onkol Nurs*, 2005;9:697-702.
16. Bellerose SB, Binik YM: Body image and sexuality in oophorectomized women. *Archives of Sexual Behavior*, 1993;22(5):435-459.
17. Beşe ŞN.(2006). İnvazif meme kanserinin tedavisinde radyoterapinin rolü. İçinde Meme kanseri sempozyum dizisi. 2006;54:115-20.
18. Bilen M., Topçuoğlu A. Yaşamın Gizemi Cinsellik. Betik Kitap. 2008;11-58.
19. Bilgin H. Baş ve boyun kanseri nedeni ile ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası beden imajı, benlik saygısı, depresyon durumları ile bakımda hemşirenin karşılaştıkları güçlüklerin araştırılması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1996.
20. Bomford CK, Kunkler IH, Sherriff SB. Walter and Miller's Textbook of RT, Radiation Physics, Therapy and Oncology. Churchill Livingstone Inc. Edinbudgh, 1993:383-394, 2006.
21. Broeckel J,A, Jacobsen P,B, Balducci L, Horton J, Lyman G,H. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2000;62:141-150.
22. Burwel SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* 2006;24(18):2815-21.(PMID:16782919).
23. Butler P. What Constitutes Sexual Health. [http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexual\\_health.html](http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexual_health.html). 2004.
24. Can G, Durna Z, Aydın A, Saip P, Kadioğlu A. Sistemik tedavi alan meme kanserli kadınlarda cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, 2005;22:268-271
25. Can G. Kanserde Cinsel Sağlık. *Androloji Bülteni*. 2004;19:355-356.
26. Can G. Meme kanseri tanısı ile radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi alan hastalarda cinsellik. *Androloji Bülteni*, 2004b; 17:169-174.
27. Can G.(Ed). Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi. Novartis Müstahzarları A.Ş. İstanbul, 2007;219-228.
28. Chamoro T.: Kanser ve cinsel yaşam. Akdemir N.(Çev.), Çev. Ed.:Platin N., Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. İkinci Baskı, s.165-193, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı yayını, Ankara, 1998.
29. Coombes RC, Hall E, Gibson LJ, et al. A randomized trial of exemestane after two to three years of tamoxifen therapy in postmenopausal women with primary breast cancer. *N Engl J Med* 2004;350:1081-92.
30. Çavdar İ. Meme kanserli kadınlarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006;2:2.

- 31.Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 2004;72(1):52-57.
- 32.ÇolakT., Mesci A., Akaydın M. Meme kanserli kadınlarda cerrahi yöntemin seçimini etkileyen faktörler. *Meme sağlığı dergisi* 2008;4(1):29-33
- 33.Davis C, Williams P, Parle M, Redman S, Turner J. Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia *Cancer Nursing*, 2005;27(2):169-174
- 34.Dede S. Jinekolojik kanser operasyonu geçiren hastaların cinsel yaşantılarının incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1998.
- 35.Demir Ü, Ertem G. Menopoz ve cinsellik. *Hemşirelik forumu* 2001;4(6):11-14.
- 36.Doğan O, Doğan S. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı. Cumhuriyet Üniv. Yayınları. Sivas, 1992, No;53.
- 37.Dogan S. Kanserli hastalarda beden imgesi sorunları. *Sendrom*, 1998; 10(4):52-58.
- 38.Donegan WL. History of Breast Cancer in *Breast Cancer DJ Winchester, DP Winchester, CA Hudis and L. Norton. Editors. DC Decker Inc. Ontario, 2006;1-14.*
- 39.Early breast cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG).Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;365:1687-1717.
- 40.Eker D, Arkar, H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995;34:45-55.
- 41.Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, Quittan M. Cancer Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2003; 35:153-162.
- 42.Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'onofrio C, Bank PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho Oncology*, 2006;15:579-594.
- 43.Fox B.: Twelve tamo for breast cancer awaraness month.*Librariy Journal*, 2004;1:84.
- 44.Ganz PA, Greendale GA, Petersen L. Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors. *Journal oh the National Cancer İnstitute*, 2000;92:1054-1064
- 45.Gölbaşı Z. Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım; cinsel sağlık eğitimi. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2003;2(6)
- 46.Greenlee RT, Murray T, Bolden S. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 2000; 50:7-33.
- 47.Gümüş AB. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006;2(3):108-114.

- 48.Güner P, Işıkhhan V, Kömürücü S. Quality of life and sociodemographic characteristics of patients with cancer in Turkey. *Oncology Nursing Forum*, 2006;33 (6):1171-6
- 49.Güvel S. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları epidemiyolojisi. *Avicena Dergisi*, 2002;1(10):36-38.
- 50.Harcourt DM, Ramsey NJ, Ambler NR ve ark. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg*, 2003;111:1060-1068
- 51.Harrison T.R. İç Hastalıkları Prensipleri.(Çev.Ed.) Sağlık Y. 15.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.,2004;530-578.
- 52.Haydaroğlu A.(Ed.). I. Ulusal meme kanseri konsensusu. 2007;37-62,79-82.
- 53.Helene K.,Henson M.D.Breast Cancer and Sexuality.2002;20(4):261-272.
- 54.Henderson IC, Berry DA, Demetri GD et al. Improved outcomes from adding sequential Paclitaxel but not from escalating Doxorubicin dose in adjuvan chemotherapy regimen for patients with node- positive primary breast cancer. *J Clin Oncol* 2003;21:976-83.
- 55.Henson HK. Breast cancer and sexuality. *Sexuality and Disability*, 2002; 20 (4):261-275.
- 56.Henson HK. Meme Kanseri ve Cinsellik. *Sexuality and Disability*. Çeviri: D.Aygin, *Androloji Bülteni*, 2004;19:366-7.
- 57.Hodern RN, BN. İntimacy and Sexuality For The Women With The Breast Cancer. *Cancer Nursing*,2000;23(3):230-236.
- 58.Hoover R. Breast cancer: geographic, migrant and time-trend patterns in.1996
- 59.Hortobagyi GN, Esserman L, Buchholz TA. Neoplasms of the Breast. In *Holland Frei Cancer Medicine 7ed BC Decker*. London, 2006;1584-1643.
- 60.Hoskins CN, Haber J. Adjusting to Breast Cancer, *AJN*. 2000;100(4):26-33.
- 61.Hughes MK. Sexuality and the cancer survivor. *Cancer Nursing*, 2000; 23(6):477-482.
- 62.İlkkaracan İ, Seral G. Kadının İnsan Hakkı Olarak Cinsel Haz. *İletişim Yayınları*. İstanbul, 2003.
- 63.İlkkaracan P. Müslüman Toplumlarda Kadın ve Cinsellik. *İletişim Yayınları*. İstanbul, 2003.
- 64.İncesu C, Yetkin D.(Ed.): Cinsel işlev bozuklukları. Roche A.Ş. Yayınları, İstanbul, 2007;1-14
- 65.Kadioğlu A, Başar M, Semerci B. ve ark. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı. *Acar Matbaacılık*, İstanbul, 2004.
- 66.Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2002.

- 67.Katz A. Sexually speaking. Do ask, do tell Why do so many nurses avoid the topic of sexuality? The American Journal of Nursing, 2005b;105(7):66-68.
- 68.Katz A. The sound of silence: Sexuality information for cancer patients. Journal of Clinical Oncology, 2005a; 23(1):238-241.
- 69.Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları Hemşireliği, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 2001;3-65
- 70.Kelleci M, Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005;6: 41-47.
- 71.Kılıç, C: Genel sağlık anketi güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7 (1): 3-9.
- 72.Kuzu N, Hacettepe üniversitesi hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin cinselliğe ilişkin bilgilerini hasta bakımında kullanma durumları. Yüksek Lisans Tezi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
- 73.Lavin M, Hyde A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. European Journal of Nursing, 2005.
- 74.LoPiccolo JL, Stock WE: Treatment of Sexual Dysfunction, Journal of Consulting& Clinical Psychology, 1996;54(2):158-167.
75. Menisi F. Bekâret ve Ataerki. İletişim Yayınları. İstanbul, 2003.
- 76.Monga U. Sexual functioning in cancer patient. Sexuality and Disability, 2002;20(4):277-295.
- 77.Nissen MJ, Swensen KK, Kina EA. Quality of life after postmastectomy breast reconstruction. Oncol Nursing, 2002;29:547-553.
- 78.Ogce F, Özkan S, Baltalarlı B. Psychosocial Stressors, Social Support and Socio-demographic Variables as Determinants of Quality of Life of Turkish Breast Cancer Patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2007;8(1):77-82.
- 79.Okuyavuz HÜ. Kanser hastalarının ailelerinin duygudurum ve aile işlevleri açısından incelenmesi. Türk Psikoloji Dergisi, 2004; 19(53):87-99.
- 80.Özkan S, Alataş E. Menopoz dönemi cinsellik. Türk Fertilite Dergisi, 2004; 12(4):370-375.
- 81.Özmen V. Dünya’da ve Türkiye’de meme kanseri. Meme Sağlığı Dergisi, 2008;4(2).
- 82.Pfizer İlaç Firması.Global cinsel tutum ve davranışlar.<http://www.sagligimveben.com/>. İstanbul, 2008.
- 83.Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE ve ark.Role breast reconstructive surgery physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. J Natl Cancer Inst, 2000;92:1422-1429



- 84.Sainsbury JRC, Anderson TJ, Morgan DAL. Breast Cancer. 2000, BMJ;321:745-751.
- 85.Savcı AB. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006.
- 86.Seer J: Cancer statistics review 1973-1990. In Miller B, Gloeckler R, Hankey B. Breast. Bethesda, NIH publication, 1992.
- 87.Sertöz Önen Ö, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi.2004;15(4):264-75.(PMID:15622506).
- 88.Shabsigh R. Çev: Apaydın E, Nizam. Kadın Seksüel Fonksiyonu ve Disfonksiyonu. İçinde: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. Çev. Ed: Anafarta MK, Yaman MÖ. Campbell. Üroloji. 8.Baskı, Güneş Tıp Kitabevi, 2005.
- 89.Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kregse CL, Decker VB, Zakalik D, Decker DA. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. The Breast Journal, 2005;11(6):440-447.
- 90.Takahashi M, Kai I. Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors. Soc Sci Med, 2005;61:1278-90.(PMID:15970237)
- 91.Thors CL, Broeckel CA, Jacobsen BP. Sexual functioning in breast cancer survivors. Cancer Control, 2001;8(5):442-8.(PMID:11579341)
- 92.Tsao A.S, Kim E.S, Hong WK.: Chemoprevention of cancer.C.A. Cancer Journal for Clinicians, 2004;54:150-180.
- 93.Turna H. Erken Evre Meme Kanserinde Adjuvan Kemoterapi ve Hormonal Tedavi İçinde. Meme kanseri sempozyum dizisi, 2006;105-109.
- 94.Türk G. Mastektomi sonrası yaptırılan kol egzersizlerinin lenfödemi önlemeye etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2002.
- 95.U.S. National Institutes of Health.<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/types/breast>. 2009.
- 96.Vacek PM, Winstead-Fry P, Secker-Walker RH. Factors influencing quality of life breast cancer survivors. Quality Life Research, 2003;12(5):527-37.
- 97.Veronesi U, Goldhirsch A, Yarnold J: Breast Cancer. Textbook of Oncology, 1995;1243-1289.
- 98.Wilmoth M. Cancer and sexual relationships. Psychosocial Dimensions of Oncology Nursing Care, visit the Oncology Nursing Society's Online Bookstore, 2002.
- 99.Wilmoth MC, Coleman EA, Smith SC, Davis C. Fatigue, weight gain, and altered sexuality in patients with breast cancer: Exploration of a symptom cluster. Oncology Nursing Forum. 2004;31(6):1069-1075.
- 100.Yaniv H. Kanser Hastalarında Seksüalite Kursu. Ankara-Türkiye, 21-23 Eylül 2000.

101.Yeni E. Menapoz ve cinsellik. Ed. Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R,Yaman M.Ö, Çayan S, Usta M.F, Kendirci M. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı. Türk Androloji Derneği Yayını. İstanbul, 2004;652-658.

102.Yeni E, Ünal D, Verit A, Çoşkun A, Karataş Ö.F, Ünal E.K. Meme kanserli kadınlarda cinsel fonksiyonlar sorgulanmalı mı? Türk Üroloji Dergisi, 2003;29(2):175-179.

103.Young-McCaughan S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. Cancer Nursing. 1996; 19(4):308-319.

## **8. EKLER**

### **EK-1 Kadın Değerlendirme Formu**

Sayın Katılımcı,

Meme hastalığınız ve tedavisi sürecinde yaşamınızın etkilenme durumunu belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Anket no:

**1-Yaşınız.....**

**2-Doğduğunuzdan Bu Yana En Uzun Yaşadığınız Yer Neresidir?**

(1)- İl merkezi

(2)- İlçe

(3)-Köy

**3-En Çok Yaşadığınız İl'in Bulunduğu Bölge Neresidir?**

**4-Kaç Çocuğunuz Var?**

(1)-Yok

(2)-Var ise sayısı.....

**5- Evde Konuşulan Dil Nedir?**

(1)-Türkçe

(2)- Kürtçe

**EK-1 Kadın Değerlendirme Formu (Devamı-1)**

**6-Okuma Yazma Biliyor musunuz?**

(1)- Evet

(2)- Hayır

**7-Kaç Yıl Okula Gittiniz?.....**

**8-Eşiniz Okuma Yazma Biliyor mu?**

(1)-Evet

(2)-Hayır

**9-Eşiniz Kaç Yıl Okula Gitmiş?.....**

**10-Gelir Getiren Bir İşte Çalışıyor musunuz?**

(1)-Evet

(2)-Hayır

**11- Eşinizin mesleği.....**

**12-Sosyal güvenceniz var mı?**

(1)-Yok

Evet ise hangisi

(2) SSK

(3) Emekli Sandığı

(4) Bağ-Kur

(5) Diğer.....

**13-Sosyal güvenceniz sağlık giderlerinizi karşılıyor mu?**

(1)-Evet

(2)-Hayır

**EK-1 Kadın Değerlendirme Formu (Devamı-2)**

**14-Size göre gelir durumunuz nasıl?**

- (1)-Gelir giderden az ( Düşük)
- (2)-Gelir ile gider eşit ( Orta)
- (3)-Gelir giderden çok (İyi)

**15-Adet durumu:(1) Halen düzenli adet görüyorum.**

- (2) Düzensiz adet görüyorum.
- (3) Menopoza girdim.
- (4) Ameliyat sonrası adet görmüyorum.
- (5) Kemoterapi sonrası adet görmüyorum.
- (6) Radyoterapi sonrası adet görmüyorum.
- (7) Kullandığım ilaçlar nedeniyle adetlerim kesildi.

**16-Meme ameliyatı geireli kaç ay oldu?.....**

**17-Meme ameliyatının türü;**

- (1)-Modifiye Radikal Mastektomi
- (2)-Modifiye Radikal Mastektomi + Rekonstrüksiyon
- (3)-Lumpektomi

**18-Ameliyattan önce aşağıdaki tedavilerden hangisi / hangileri ne kadar süre uygulandı.**

- (1) Kemoterapi.....kr
- (2) Radyoterapi.....seans
- (3) Hormon tedavisi.....ay
- (4) Hiçbiri uygulanmadı

**EK-1 Kadın Değerlendirme Formu (Devamı-3)**

**19-Ameliyattan sonra aşağıdaki tedavilerden hangisi / hangileri ne kadar süre uygulandı /uygulanıyor.**

- (1) Kemoterapi.....kür
- (2) Radyoterapi.....seans
- (3) Hormon tedavisi.....ay
- (4) Hiçbiri uygulanmadı

**20-Meme hastalığınız ve uygulanan tedaviler eşinizle ilişkinizde herhangi bir şekilde bozulmaya neden oldu mu? (birden fazla yanıt verilebilir)**

- (1 )Evet, olumsuz olarak etkiledi, eşim anlayışsız ve tartışmalara sebep oldu.
- (2)Evet etkiledi, tıbbi müdahale sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar ve ekonomik güçlüklerden dolayı.
- (3 )Evet etkiledi, çünkü ben hala kendimi hasta hissediyorum.
- (4 )Evet etkiledi, çünkü sağlığım için endişeliyim.
- (5 )Evet etkiledi, çünkü fiziksel görünümümden dolayı kendimi yetersiz hissediyorum
- (6 ) Evet, fakat eşimle birlikte bu problemleri çözmeye çalışıyoruz
- (7 )Evet etkiledi, çünkü.....
- (8 )Hayır, eşimle ilişkim yolunda.
- (9 ) Hayır aksine ilişkim daha çok gelişti, düzeldi

**21.Meme hastalığınız cinsel yaşamınızı değiştirdi mi? (birden fazla yanıt verilebilir)**

- (1) Evet, çünkü kendimi iyi hissetmiyorum (yorgunum, anksiyeteliyim, korkuyorum,)
- (2) Evet, çünkü hastalığım hakkında endişeliyim ve seksi düşünemiyorum
- (3) Evet, çünkü ben cinsel ilişkiyi istiyorum eşim istemiyor
- (4) Hayır, cinsel alışkanlıklarım değişmedi
- (5) Evet, her şey yoluna girdi
- (6) Evet, çünkü.....

(7) **EK-2 Seksüel Değişiklikler İle İlgili Soru Formu**

Aşağıdakilerden ‘hastalığınızdan önce’ cinsel hayatınızda var olduğunu düşündüğünüz problemin lütfen sıklığını belirtiniz

**1-Cinsel isteğin azalması**

Yok (1) Bazen (2) Sıklıkla (3) Her zaman (4)

**2-Eşe olan ilginin yetersizliği**

Yok (1) Bazen (2) Sıklıkla (3) Her zaman (4)

**3-‘Cinsel ilişki’ düşüncesinin verdiği rahatsızlık**

Yok (1) Bazen (2) Sıklıkla (3) Her zaman (4)

**4- Cinsel ilişki süresince doyum alamama**

Yok (1) Bazen (2) Sıklıkla (3) Her zaman (4)

**5-Cinsel birleşme esnasında cinsel organlarda ağrı**

Yok (1) Bazen (2) Sıklıkla (3) Her zaman (4)

**6- Cinsel birleşme esnasında yetersiz salgı nedeniyle cinsel organlarda kuruluk**

Yok (1) Bazen (2) Sıklıkla (3) Her zaman (4)

**7-Diğer.....**

Bazen (1) Sıklıkla (2) Her zaman (3)

**EK-2 Seksüel Değişiklikler İle İlgili Soru Formu (Devamı-1)**

Aşağıdakilerden ‘şu anki ’ cinsel hayatımızda var olduğunu düşündüğünüz problemin lütfen sıklığını belirtiniz

**1-Cinsel isteğin azalması**

Yok (1 )Bazen (2 ) Sıklıkla (3 ) Her zaman (4 )

**2-Eşe olan ilginin yetersizliği**

Yok (1 )Bazen (2 ) Sıklıkla (3 ) Her zaman (4 )

**3-‘Cinsel ilişki’ düşüncesinin verdiği rahatsızlık**

Yok (1 )Bazen (2 ) Sıklıkla (3 ) Her zaman (4 )

**4-Cinsel ilişki süresince zevk alamama**

Yok (1 )Bazen (2 ) Sıklıkla (3 ) Her zaman (4 )

**5-Cinsel birleşme esnasında cinsel organlarda ağrı**

Yok (1 ) Bazen (2 ) Sıklıkla (3 ) Her zaman (4 )

**6- Cinsel birleşme esnasında yetersiz salgı nedeniyle cinsel organlarda kuruluk**

Yok (1 )Bazen (2 ) Sıklıkla (3 ) Her zaman (4 )

**7-Diğer.....**

Bazen (1 ) Sıklıkla (2 ) Her zaman (3 )



### **EK-3 Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi Gereksinimleri İle İlgili Soru Formu**

**1-Hastalığınız süresince cinsel yaşamınızda olabilecek değişiklikler ile ilgili sorularınız oldu mu?**

- (1 ) Evet
- (2 ) Hayır

**2-Bu soruları kime sordunuz?**

- (1 ) Sormadım (3. soruya geçiniz)
- (2 ) Doktor
- (3 )Hemşire
- (4 )Eşime
- (5 )Arkadaşlarım ve akrabalarım
- (6 )Aynı probleme sahip diğer insanlar
- (7) Yazılı kaynaklar (kitap, dergi, gazete, internet)

**3-Cinsel konularda soru sormama nedenleriniz nelerdir?**

- (1 )Bu konuyu çok fazla önemsemiyorum
- (2 )Bu konuyu konuşmak için kendimi rahat hissetmiyorum(utaniyorum, çekiniyorum, korkuyorum)
- (3 )Kime sorabileceğimi bilemedim
- (4 )Bu konular özeldir, konuşulmaz
- (5 )Nasıl tepki alacağımı bilemiyorum

**4- Cinsellik ile ilgili sorular sizi rahatsız etti mi?**

- (1 )Evet (2 )Hayır

**EK-3 Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi Gereksinimleri İle İlgili Soru Formu (Devamı-1)**

**5-Hastalığınız süresince sağlık çalışanlarından birisi kendiliğinden, cinsel konularla ilgili olarak sizinle konuştu mu?**

(1 )Evet

(2 )Hayır (9. soruya geçiniz)

**6-Sizinle konuşanın mesleği nedir?**

(1 )Doktor

(2 )Hemşire

(3 )Diğer.....

**7- Aldığınız bilgiler sizin için yeterli miydi?**

(1 ) Evet

(2 )Hayır

**8-Cinsel konularda bilgi almak ister misiniz?**

(1 ) Evet

(2 )Hayır

**9-Eşinizin de bu konuda bilgi almasını ister misiniz?**

(1 ) Evet

(2 )Hayır

**10-Cinsel yaşamınızla ilgili bilgileri hangi meslek grubundan almak istersiniz?**

(1 )Doktor

(2 )Hemşire

(3 ) Doktor ve Hemşire

(4 ) Diğer.....

**11-Cinsel yaşamınızla ilgili hangi konularda bilgi almak istersiniz?**

**EK-4 Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire)**

Aşağıda her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle karşısındaki şıklardan sizin için en uygun olan cevabın yalnız bir tanesine parantezin içine (X) işareti koyarak belirtiniz.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hiç	Genelde	Kararsızım	Genelde	Kesinlikle
Katılmıyorum	katılmıyorum		katılıyorum	katılıyorum

**1-Bedenim cinsel yönden çekicidir. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 )**

**2-Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 )**

**3-Birçok kişi benim iyi görüdüğüm**

**düşüncesindedir. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 )**

**4-Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 )**

**5-Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 )**

**6-Fiziksel yönden çekici değilim.( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 )**

## **EK-5 Genel Sağlık Anketi (GSA)**

Bütün soruları size en uygun cevabın başındaki parantezin içine (X) koyarak belirtiniz.  
Geçmişteki değil yalnız şu anda ki şikâyetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

### **1-Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?**

(1 ) Hayır hiç (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Çok sık  
çekmiyorum kadar zamankinden sık

### **2-Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?**

(1 ) Hayır, (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Çok sık  
hissetmiyorum kadar zamankinden sık

### **3-Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?**

(1 ) Her (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Her  
zamankinden kadar zamankinden az zamankinden  
iyi çok daha az

### **4-İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?**

(1 ) Her (2 ) Her zamanki(3 ) Her(4 ) Her  
zamankinden kadar zamankinden az zamankinden  
çok çok daha az

### **5-Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?**

(1 ) Her (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Her  
zamankinden kadar zamankinden az zamankinden  
çok çok daha az

### **6-Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?**

(1 ) Hayır hiç (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Çok sık  
çekmiyorum kadar zamankinden sık

**EK-5 Genel Sağlık Anketi (GSA) (Devamı-1)**

**7-Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?**

(1 ) Hayır,(2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Çok sık

hissetmiyorum kadar zamankinden sık hissediyorum

**8-Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?**

(1 ) Her (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Her

zamankinden kadar zamankinden az zamankinden

çok çok daha az

**9-Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?**

(1 ) Her (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Her

zamankinden kadar zamankinden az zamankinden

çok çok daha az

**10-Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?**

(1 ) Hayır,(2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Çok sık

hissetmiyorum kadar zamankinden çok

**11-Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?**

(1 ) Hayır hiç (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Çok fazla kaybetmiyorum kadar zamankinden fazla

**12-Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?**

(1 ) Hayır hiç (2 ) Her zamanki(3 ) Her (4 ) Çok sık

görmüyorumkadar zamankinden sık

## **EK-6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)**

Aşağıda on iki cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde on iki cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

### **1-İhtiyacım olduğunda yanımda olan güvendiğim özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

### **2-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim güvendiğim özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

### **3-Burada çalışanlar gerçekten bana yardımcı olmaya çalışır.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

### **4-İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği kurum personelinden alırım.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

### **5-Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

### **6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

### **7-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**EK-6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Devamı 1)**

**8-Sorunlarımı burada çalışanlarla konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**9-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**10-Yaşamımda duygularıma önem veren güvendiğim özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**11-Karar verirken (ihtiyacım olduğunda) burada çalışanlar bana yardımcı olurlar.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**12-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır Kesinlikle evet

1 2 3 4 5 6 7

**13-Güvendiğin, sorunlarını paylaştığın, sana yardımcı olan kişi nerede yaşıyor?**

1- Bu kurumda çalışıyor 2-Ailemden biri 3-Yakınlarımdan/akrabalarımdan biri

4-Kurumdaki arkadaşlarımdan biri 5-Kurum dışındaki arkadaşlarımdan biri



T.C  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.HRÜ.0.77.00.00/270  
Konu : Tez çalışması

07.04.2008

DİCLE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek Lisans öğrencimiz Birgül VURAL'ın "Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesinde Yatan ve Poliklinikte Tedavi Gören Meme Kanserli Kadınlarda, Cinsel Yaşam Değişiklikleri ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını yapabilmesi ve ilgili verileri toplamak üzere aşağıda isimleri yazılı anket formu ve ölçeklerin hastalara uygulanabilmesi için gerekli iznin verilmesini arz/rica ederim.

*M. Atalay*  
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı  
Prof.Dr.Meliha ATALAY

**EKLER**

- 1-Anket Formu (Kadın Değerlendirme Formu, Genel Sağlık Anketi, Seksüel Değişiklikler ile İlgili Soru Formu, Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi Gereksinimleri İle İlgili Soru Formu)
- 2-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
- 3 Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği

D.Ü. HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	
KAYIT	TARİH SAYI
HAVALE	GEREGI BILGI
DOSYA NO.	-
EKLER	-

*Uygundur*  
*Başhekim*  
*17.04.2008*

*Prof. Dr. Meliha Atalay*  
D.Ü. Sağlık  
Başhekim