T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERLİ KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL FONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ: VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

PELİN ÜNVER
ORCID: 0000-0002-4748-1978

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
OCAK 2023

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc.2017970194

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERLİ KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL FONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ: VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

PELİN ÜNVER
ORCID: 0000-0002-4748-1978

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ
ORCID: 0000-0001-9569-8875

İZMİR
OCAK 2023

T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum "Meme Kanserli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi: Vaka-Kontrol Çalışması" başlıklı yüksek lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Pelin ÜNVER
22/12/2022

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez konumun belirlenip yazılmasına kadar her aşamada benimle paylaştığı bilgi ve deneyimleri, önerileri, farklı bakış açısı ve manevi desteği ile devam etme isteğimi ayakta tutan çok değerli danışman hocam;

Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ'e,

Araştırmama önerileriyle destekte bulunan

değerli jüri üyelerine,

Araştırmama katılmayı kabul edip zamanını ayıran

çok sevgili kadınlara,

Araştırmamı gerçekleştirmemi sağlayan kadınlara ulaşmamı kolaylaştırdıkları için

sayın; Prof. Dr. İlhan ÖZTOP'a

ve bilgi birikimi, deneyimleri, araştırmama olan destekleyici tavrı ile

sayın; Prof. Dr. Selman SÖKMEN

başta olmak üzere tüm **genel cerrahi kolorektal polikliniği hekimlerine,**

Yüksek lisansımın her anına şahitlik etmiş bitirmem için çaba gösteren, destekleyen, motive eden başta **Buse TÜZÜN**

olmak üzere **bütün arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma,**

Doğduğum günden bugüne her anımda yanımda olan ve beni her şekilde kucaklayan hayatta olmaktan mutlu olduğum kişi olmamı sağlayan canım

annem Sabahat ÜNVER'e,

babam İbrahim ÜNVER'e ve

ablam Selin BAŞKONYALI'ya,

Tüm bu süreci benimle yaşayan, katlanan ve her düştüğümde beni kaldıran, umudumu ayakta tutan ve devam etmemi sağlayan

yol arkadaşım **Mushfig JAFARLI'ya,**

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER **5**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **i**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **iii**

SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **iv**

ÖZET ..... **vi**

ABSTRACT ..... **viii**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 4

1.3. Araştırmanın Soruları 4

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Meme 5

2.1.1. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi *5*

2.2. Meme Kanseri 11

2.2.1. Meme Kanserinin Epidemiyoloji ve İnsidansı *11*

2.2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri *13*

2.2.3. Meme Kanserinde Tarama *18*

2.2.4. Meme Kanserinde Belirti- Bulgular *22*

2.2.5. Meme Kanserinde Tanı *23*

2.2.6. Meme Kanserinde Evreleme *24*

2.2.7. Meme Kanserinde Tedavi *26*

2.3. Yaşam Kalitesi 34

2.3.1. Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi *35*

2.4. Cinsel Fonksiyon 37

2.4.1. Cinsellik *37*

2.4.2. Meme Kanserli Kadınlarda Cinsellik *39*

3. GEREÇ ve YÖNTEM 42

3.1.Araştırmanın Tipi 42

3.2.Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı 42

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 42

3.4.Çalışma Materyali 44

3.5.Araştırmanın Değişkenleri 44

3.6.Veri Toplama Araçları 44

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 8.2) *45*

3.6.2. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Cancer Research and Treatment Quality of Life Questionnaire-30- EORTC QLQ-C30) (Ek 8.3) *45*

3.6.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast-Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire-BR23- EORTC QLQ-BR23) (Ek 8.4) *47*

3.6.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)- Kadın Formu (Ek 8.5) *48*

3.7.Veri Toplam Yöntemi 49

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi 50

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları 50

3.10.Etik Kurul Onayı 50

4. BULGULAR 51

4.1.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 52

4.2.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 57

4.3.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 59

4.4.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanları Arasındaki İlişki 60

4.5.Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular 61
4.6.Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanları Arasındaki İlişki 62
4.7.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarını ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması 62
4.8.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisi 71
4.9.Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarını ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması 71
4.10.Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisi..... 74
5. TARTIŞMA 76
5.1.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 77
5.2. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 81
5.3. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması84
5.4. Meme Kanserli Kadınların Meme Kanserine İlişkin Yaşam Kalitesine Yönelik Bulguların ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanları ile Arasındaki İlişkinin Tartışılması 86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 89
6.1. Sonuçlar..... 89

6.2. Öneriler 91
6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler 91
6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler 92
7. KAYNAKLAR 93
8. EKLER 104
8.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 104
8.2. Tanıtıcı Özellikler Formu 105
8.2.1.Kontrol Grubu Tanıtıcı Özellikler Formu 105
8.2.2.Vaka Grubu Tanıtıcı Özellik Formu 107
8.3. EORTC-QLQ -C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 109
8.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği – Kadın Formu 112
8.5. EORTC-QLQ-BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği 113
8.6. Etik Kurul İzni 115
8.7. Kurum İzni 117
ÖZGEÇMİŞ 119

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Meme Kanseri Risk Faktörleri 11
Tablo 2: Amerikan Kanser Birliği, Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın Tarama Önerileri 19
Tablo 3: BIRADS Sınıflaması ve Yorumlaması 20
Tablo 4: Klinik Anatomik Evreleme 23
Tablo 5: Prognostik Evreleme 23
Tablo 6: Araştırma Planı 40
Tablo 7: Vaka Grubu Seçim Kriterleri 41
Tablo 8: Kontrol Grubu Seçim Kriterleri 42
Tablo 9: EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Puan Hesaplaması 44
Tablo 10: EORTC-QLQ-BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Puan Hesaplaması 45
Tablo 11: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri 50
Tablo 12: Meme Kanserli Kadınlara Ait Hastalık ve Tedavilere İlişkin Bulgular 52
Tablo 13: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Cinsel Yaşamına İlişkin Bilgileri 53
Tablo 14: Meme Kanserli Kadınların Kanser Süreciyle İlişkili Cinsel Yaşam Özellikleri 54
Tablo 15: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 55
Tablo 16: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 57
Tablo 17: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Puanları Arasındaki İlişki 58
Tablo 18: Meme Kanserli Kadınların EORTC-QLQ-B23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları 59
Tablo 19: Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Puanları Arasındaki İlişki 60

Tablo 20: Meme Kanserli Kadınların Değişkenlere Göre EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 62
Tablo 21: Sağlıklı Kadınların Değişkenlere Göre EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 66
Tablo 22: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisine Yönelik Bulgular 70
Tablo 23: Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Ölçek Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarıyla Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 72
Tablo 24: Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisine Yönelik Bulgular 74

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Meme Anatomisi 6
Şekil 2: Memenin Arteryal Dolaşımındaki Üç Yolun Kaynakları 7
Şekil 3: Memenin Lenfatikleri 9
Şekil 4: Memenin Lenfatik Drenajı 9
Şekil 5: Kadınlarda En Sık Görülen On Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları 11
Şekil 6: Türkiye'de Kadınlarda En Çok Görülen Kanser Oranları.....
Şekil 7: Türkiye Yaşa Göre Meme Kanseri Tarama Diyagramı 18
Şekil 8: Cerrahi Yöntemlerin Operasyon Sonrası Görünümleri 31
Şekil 9: Kadında Cinsel Yanıt Diyagramı 36
Şekil 10: Araştırmanın Akış Şeması 47

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACOG Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists)

ACR Amerikan Radyoloji Birliği (American College Of Radiology)

ACS Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society)

ACYÖ-ASEX Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale)

AI Aromataz İnhibitörleri

AJCC Amerikan Ortak Kanser Komitesi (American Joint Committee on Cancer)

ALND Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu

BIRADS Meme Görüntüleme Raporu ve Veri Sistemi (Breast Imaging Report and Data System)

BKİ Beden Kitle İndeksi

BRCA Meme Kanseri Duyarlılık Geni (Breast Cancer Susceptibility Gene)

CDH 1 Cadherin 1

CİSED Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği

DKIS Duktal Karsinoma İnsitu

DSÖ-WHO Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

DVT Derin Ven Trombozu

EORTC QLQ-BR23 Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast-Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire-BR23)

EORTC QLQ-C30 Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Cancer Research and Treatment Quality of Life Questionnaire-30)

ER Estrojen Reseptörü

GLOBOCAN Küresel Kanser Yükü Çalışması (Global Burden of Cancer Study)

HER 2 İnsan Epidermal Büyüme Faktör Reseptörü 2

HRT Hormon Replasman Tedavisi

IARC Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer)

ICD-10 Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10 (International Classification of Disease 10)

İİAB İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi

KETEM Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

KİB Kalın İğne Biyopsisi

KKMM Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM Klinik Meme Muayenesi

KT Kemoterapi

LNRH Luteinizan Hormon Salgılatan Hormon

M Metastaz

MG Mamografi

MKC Meme Koruyucu Cerrahi

MRI Manyetik Rezonans Görüntüleme

MRM Modifiye Radikal Mastektomi

N Nodül

NCI Ulusal Kanser Enstitüsü (The National Cancer Institute)

NHGRI Ulusal İnsan Genomu Araştırma Enstitüsü (National Human Genome Research Institute)

NSABP Ulusal Cerrahi Adjuvan Meme ve Bağırsak Projesi (The National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project)

OK Oral Kontraseptif

PE Pulmoner Emboli

PR Progesteron Reseptörü

PTEN Protein Tirozin Fosfataz ve Tensin Homoloğu

RM Radikal Mastektomi

RT Radyoterapi

SERD Seçici Östrojen Reseptörü İndirgeyici

SERM Selektif Östrojen Reseptör Modülatörleri

SLNB Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

SPSS Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Sciences)

STK11 Serin ve Treonin Kinaz -11

T Tümör

TCGA Kanser Genomu Atlas Programı (The Cancer Genome Atlas)

TP53 Tümör Protein 53

TRD Türk Radyoloji Derneği

TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu

USG Ultrasonografi

VYB Vakum Yardımlı Biyopsi

MEME KANSERLİ KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL FONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ: VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

Yüksek Lisans Tezi

Pelin Ünver

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Araştırmamız, meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasındaki yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonun değerlendirmesi amacıyla vaka-kontrol olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin; onkoloji polikliniği ve genel cerrahi anabilim dalı kolorektal polikliniği ve Gündüz Tedavi Merkezi'ne gelen kadınlar oluşturmuştur. Örneklemi 230 meme kanserli, 230 sağlıklı kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, **"**Tanıtıcı Özellikler Formu", "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği"**, "**EORTC QLQ-BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği", "Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın Formu" kullanılarak toplanmıştır. Veri analizinde Kolmogorov-Smirnov, t-testi (bağımsız gruplarda t-testi), post-hoc testlerinden Tukey testi, Levene kullanılmıştır. Araştırmada %95 güven aralığında istatistiksel anlamlılık $p<0,05$ kabul edilmiştir.

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre fonksiyonel alt boyut puan ortalaması vaka ve kontrol grubunda sırasıyla; 76,75±11,72; 91,53±7,75; Semptom alt boyutu puan ortalaması 59,42±13,31; 8,75±8,05 ve genel sağlık puan ortalaması 21,90±11,51; 77,14±15,61 olarak saptanmıştır. Genel sağlık ve iki alt boyutta gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p= 0,01$). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne göre meme kanserli ve sağlıklı kadınlarda sırasıyla; 17,95±5,54;

15,20±5,93 iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p= 0,01). Meme kanserli ve sağlıklı kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları puanları arasında ilişki saptanmıştır (sırasıyla vaka grubu; r: -0,483; r:0,436; r: -0,486; kontrol grubu; r: -0,205; r: 0,214; r: -0,370). Meme kanserli kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldığı fonksiyonel alt boyut puanı 51,46±14,50; semptom alt boyutu puanı; 17,59±9,13'tür. EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasında ilişki saptanmıştır (sırasıyla; r:-0,148; r:0,256).

Meme kanserli kadınlar, sağlıklı kadınlara göre daha düşük bir yaşam kalitesine sahiptirler. Cinsel fonksiyon meme kanserli kadınlar aleyhine tespit edilmiştir. Yaşam kaliteleri (meme kanserine özgü yaşam kaliteleri) ve cinsel fonksiyon arasında çift taraflı pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Anahtar Sözcükler: cinsel fonksiyon, hemşirelik, meme kanseri, yaşam kalitesi

Tezin Sayfa Adedi: 137

Danışman: Doç. Dr. Dilek Bilgiç

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND SEXUAL FUNCTION OF WOMEN WITH BREAST CANCER: A CASE CONTROL STUDY

Master Thesis

Pelin Ünver

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SECIENCE INSTITUTE

Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

ABSTRACT

Our research was conducted as a case-control to assess quality of life and sexual function between women with breast cancer and healthy women.

The universe of the research was determined by Dokuz Eylül University Research and Application Hospital; oncology polyclinic and general surgery department formed the colorectal polyclinic and women who came to the Day Treatment Center. The sampleconsisted of 230 healthy women with breast cancer.

The data of the study were collected by using "Introductory Characteristics Form", "EORTC QLQ-C30 Quality of Life Scale", "EORTC QLQ-BR23 Breast Cancer Specific Quality of Life Scale", "Arizona Sexual Experiences Scale- Female Form". In the data analysis, Kolmogorov-Smirnov, t-test (t-test in independent groups), Tukey test from post-hoc tests, Levene were used. In the study, statistical significance $p<0.05$ was accepted at 95% confidence interval.

According to the EORTC QLQ-C30 Quality of Life Scale, the mean fonsectional sub-dimension score was 76.75±11.72; 91.53±7.75; The mean score of the symptom sub-dimension was 59.42±13.31; 8.75±8.05 and the mean health score was 21.90±11.51; 77.14±15.61. Significant difference between the groups in general health and two sub-dimensions was determined (p= 0.01). According to the Arizona Sexual Experiences Scale, a significant difference was found between the two groups in breast cancer and healthy women; 17±95±5.54; 15.20.5.93, respectively (p=

0.01). A relationship was found between the mean scores of women with breast cancer and healthy women from the EORTC-QLQ-C30 Quality of Life Scale and its sub-dimensions and their scores from the Arizona Sexual Experiences Scale (case group, r: -0.483; r: 0.436; r: -0.486; control group; r: -0.205; r: 0.214; r: -0.370, respectively). The functional subdimension score obtained from the EORTC- QLQ-BR23 Breast Cancer Specific Quality of Life Scale of women with M eme cancer is 51.46±14.50; symptom sub-dimension score; 17.59±9.13. EORTC- QLQ- BR23 Breast Cancer Specific Quality of Life Scale and sub-dimension score averages and Arizona Sexual Experiences Scale scores were found to be related (respectively; r:-0.148; r:0.256).

Women with breast cancer have a lower quality of life than healthy women. Sexual function has been determined to the detriment of women with breast cancer. There is a positive bilateral relationship between quality of life (quality of life specific to breast cancer) and sexual function.

Keywords: sexual function, nursing, breast cancer, quality of life

Page Number of Thesis: 137

Advisor: Assoc. Prof. Dilek Bilgic

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, vücudun belirli bir bölümündeki hücrelerin kontrol edilemez bir şekilde büyüdüğü, şekil değiştirdiği, çoğaldığı ve bunların sonucunda bireylere, ailelere, topluluklara fiziksel, duygusal ve finansal yük getiren bir hastalıktır (1). Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır ve Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer-IARC) tarafından üretilen Küresel Kanser Yükü Çalışması (Global Burden of Cancer Study-GLOBOCAN) 2020 verilerine göre yaklaşık 19,3 milyon kişinin kansere yakalandığı, 10 milyonunun öldüğü bunun da her altı ölümden birinin sebebi olduğu gösterilmiştir (2). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 ölüm nedeni istatistiklerine bakıldığında ise ülkemizde dolaşım hastalıklarından (%36,8) sonra ikinci sırada %18,4 oranı ile kanser her beş kişiden birinin ölüm nedeni olarak açıklanmıştır (3). Oranlar daha önceki kanser vakalarını gösterdiğinden 2019'da başlayan koronavirüs (Covid-19) pandemisine bağlı şiddetli akut solunum sendromu sonuçlarını yansıtmamaktadır (2). Şu an değil ama ileriki dönemde, koronavirüs pandemisinin, bakıma ulaşmada zorluk, taramaların ertelenmesi, tanı ve tedavide gecikme, sağlık sistemine erişilebilirliğin azalması gibi çeşitli nedenlerle ileri evre tanılarda ve kanser ölümlerinde artışa neden olması beklenmektedir (2). Türkiye'de koronavirüs pandemisi sonrası ölüm istatistiği yayınlanmamıştır fakat oranlar dünya ülkeleriyle paralel şekilde düşünülmektedir.

Her iki cinsiyet bir arada kadın meme kanseri toplam vakaların %11,7'sini oluşturarak daha önceki yıllardan farklı olarak akciğer kanserini geçerek en çok tanılanan kanser türünü oluşturmaktadır (2). Kadınlarda meme kanseri en fazla insidansa sahip kanser türüdür ve onu kolorektal ve serviks kanseri takip eder. Meme kanseri, dört kanser vakasından birini ve altı kanser ölümünün birini oluşturmaktadır ve çalışmaya katılan 185 ülkenin 159'unda insidans olarak 110'unda da mortalite açısından ilk sıradadır (2). Türkiye'de de dünyayla paralel benzer oranlardan söz etmek mümkündür.

İnsidansın artması etiyolojik faktörlerle ilişkili olsa da tarama programlarının geliştirilmesi, tanılamanın artması ve tedavi yöntemlerinin etkinliği ile

ilişkilendirilebilir. Meme kanserinde tedavi, sistemik ve lokal tedavi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tedavi kombine ya da tek başına uygulanabilir. Meme kanseri tedavi yöntemlerinin sağkalım oranları üzerinde olumlu etkisi olmasına rağmen, kanser tedavi yöntemleri aynı zamanda psikolojik, fiziksel ve cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olmakta ve kadınlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini her yönüyle olumsuz yönde etkileyebilmektedir (4).

Yaşam kalitesi, sübjektif sağlık ve hastalık anlayışına dayanır, çok boyutludur. Genel olarak yaşam kalitesi, mümkün olduğu kadar iyi hissederken kişiye özgü ona iyi gelen şeyleri yapma ve bunlardan zevk alma becerisidir (5). Dünya Sağlık Örgütü, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri, cinsel işlevleri ve çevreleri ile olan ilişkisinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olarak tanımlamıştır (6).

Araştırmacılar, son zamanlarda daha çok sağlık çıkarımları ve tedavi sonuçlarının ölçümü üzerine odaklamış bugüne kadar baz alınan morbidite, mortalite ve beklenen yaşam oranına ek olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi neredeyse zorunlu hale gelmiştir. Meme kanseri tarama ve tedavi protokollerinin gelişmesiyle artan sağkalım süresinin uzaması, sağlık çalışanlarından bu süreyi uzatması değil, tedaviden önce, tedavi süresince ve sonrasında da hastaların genel iyilik hallerinin korunmasını sağlamaları ve yaşam kalitesini iyileştirmeleri beklenmektedir (7).

Sağkalımdaki amaç, tanı öncesindeki yaşam kalitesine geri dönmektir. Tedavinin etkilediği cinsel yaşam, sosyal aktiviteler gibi birçok alan vardır ve yaşam kalitesi konularını dikkate almak tedaviye uyumu da etkiler ve süreç için oldukça gereklidir (8). Chopra ve Kamal'ın (2012) çalışmasında en sık görülen semptomlar yorgunluk, uyku problemleri ve ağrıyken ek olarak cerrahi operasyon geçiren kadınlarda lenfödemin kadınlar için büyük bir sorun olduğu bulunmuştur. Psikolojik, sosyal destek varlığı ve ruhsal iyilik hali yönünden de nüks korkusu, finansal yük, kötü görünüm endişesi yönünden de sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir. Tüm bunlar kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (9). Yeom ve Heidrich (2009) 61 yaş üzerindeki meme kanserli kadınların yaşam kalitesini incelemiş ve daha küçük yaştaki kadınlara göre daha kötü yaşam kalitesi düzeyi bildirmişlerdir (10). Rietman ve arkadaşları (2004), meme kanseri tedavisinden sonraki yaşam kalitesini değerlendirmek ve tedavi modaliteleri, yetersizlikler, yaşam kalitesi arasındaki

ilişkiyi analiz etmek amacıyla yürüttükleri çalışmada fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt boyutlarının hala etkilenmekte olduğunu saptamışlardır (11).

Akça ve arkadaşları (2014) tarafından 27 meme koruyucu cerrahi, 194 modifiye radikal mastektomi ve 29 basit mastektomi yapılmış 250 kadının yaşam kalitesindeki değişiklikler değerlendirilmiş. Mastektomi yapılan grupta yaşam kalitesi meme koruyucu cerrahi geçirenlere göre daha düşük saptanmıştır (12). Socha ve Sobiech (2020)'in mastektomi sonrası kadınlarda yaşam kalitesi ile antropometrik, sosyodemografik ve tıbbi özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş. Depresyon, kronik hastalıklar, abdominal obezite ve gebelik öyküsünün yaşam kalitesi üzerine negatif etkiye sahip olduğunu istatistiksel olarak anlamlı göstermiştir (13).

Cinsel yaşam kalitesi, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir ve üreme ile cinsel işlevleri etkileyebilen hastalık varlığından kolayca etkilenir. Tüm kanser türlerinde cinsel fonksiyonlarda bozulma olabilmekte ve hastalık sonrası dönemde cinsel sorunlar devam edebilmektedir. Meme kanseri ve tedavisi aynı zamanda cinsel sağlığı olumsuz etkileyerek beraberinde evlilik-eş ilişkisini bozarak cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir (14).

Kanserli kadınların cinsel fonksiyonlarını inceleyen çalışmalarda; kadınların cinsel birleşme sırasında rahatsızlık ve orgazm problemleri yaşadıkları (Farthmann, Hanjalic-Beck, Veit, Rautenberg ve ark., 2016), lubrikasyonda azalma yaşadıkları (Gilbert, Ussher ve Perz, 2011) tanı aldıktan sonra cinsel birleşme sıklığının azaldığı ve kadınlarda cinsel disfonksiyon geliştiği (Akkuzu ve Ayhan, 2013; Kim, Lee, Lim, Joo ve ark., 2015) gösterilmiştir (15-18). Arıcan ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada meme kanseri kadınların tedavi sonrası %41'nin cinsel işleyişinde bir bozulma yaşadığı sonucuna varmışlardır. Cinsel işleyişte bozulmanın nedeni olarak %80 libido kaybı, %54 eşe ilgi göstermeme %59 cinsel memnuniyetsizlik olarak göstermiştir (19).

Sonuç olarak meme kanseri görülme sıklığı çok yüksek olan ve kadın sağlığını etkileyen önemli bir sorundur. Hayatta kalış süresinin uzaması ve hastalıksız sağ kalımın artması ile bu kadınların yaşam kalitesinin azalması ciddi bir sorun haline gelmeye artarak devam etmektedir. Ek olarak cinsel fonksiyon bozukluğu yaşayan kadınların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmekte, olumlu cinsel ilişki ve fonksiyon, yaşam kalitesinin önemli göstergesi olarak daha fazla kabul görmektedir. Dolayısıyla

yaşam kalitesi sorunlarını ve cinsel sorunları ele almak, yaşam kalitesini ve cinsel fonksiyonunu değerlendirmek bu grup kadınların bakımını yönetmede, kadınlara sunulan bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli ipuçları verebilmesi ve hemşirelik bakımına ve hasta gereksinimlerine yönelik fikir oluşturabilmesi açısından gerekli ve önemlidir.

Bu araştırmanın, meme kanserli kadınların sağlıklı kadınlara kıyasla yaşam kalitelerinin ve cinsel fonksiyon düzeylerinin daha kötü olduğunun tespitiyle, sağlık çalışanlarının konuya yönelik farkındalıklarının arttırılmasına, hemşirelik bakım kalitesinin ve etkinliğinin artmasına, meme kanserli kadınlara verilebilecek olan yeni girişimlerin belirlenmesine, planlanmasına, geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, meme kanserli kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Araştırma,

1. Meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasında yaşam kalitesi açısından fark var mıdır?
2. Meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasında cinsel yaşam açısından fark var mıdır?
3. Meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kadınların yaşam kalitesi ve cinsel yaşam durumları arasında ilişki var mıdır?
4. Meme kanserli kadınların meme kanserine ilişkin yaşam kalitesi ne düzeydedir?
5. Meme kanserli kadınların meme kanserine ilişkin yaşam kalitesi ile cinsel yaşam durumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

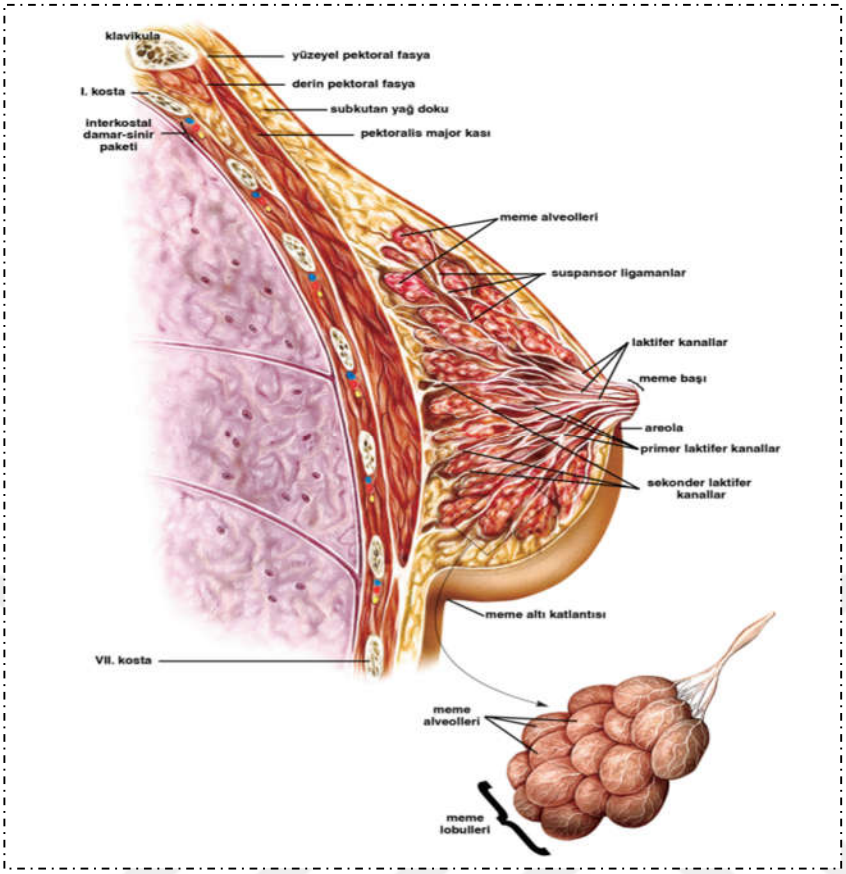
2.1. Meme

2.1.1. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi

Meme göğüs duvarında, dikey uzantısı iki ile altıncı interkostal aralıkta, medialinde sternum, lateral kenarıyla lateralinde ön aksiller çizgi arasında, spence de denen aksiller kuyruk ile aksillaya uzanımlı, etrafındaki deri, pektoralis majör kası ve pektoral fasya arasında yerleşim gösteren bir çeşit apokrin bezdir (20).

Embriyolojik değişimlere bağlı olarak memenin üst dış kadranı diğer kısımlara göre daha fazla grandüler yapı içerir. Bu nedenle meme kanseri olguları memenin bu bölgesinde daha fazla görülür (21). Meme dokusu üç yapıdan (meme bezleri, yağ dokusu ve bağ dokusundan) oluşur. Bağ dokusundaki bazı kalınlaşmalar, memenin parankimal dokusuna uzanım gösterir ve bu yapıya Cooper ligamenti adı verilir. Bu ligament, meme bezi içerisine uzanarak memeye destek sağlar. Cooper ligamentlerindeki dikey yapıların meme kanseri hücrelerine yerleşmesi durumunda gelişen fibrozis nedeniyle kısalması ise deride portakal kabuğu görünümüne (peau D'orange) sebep olur (21, 22).

Yaklaşık olarak 150-225 gram ağırlığındadır. Eliptik tabanlı, hemisferik tabanlı yapıda olan meme (21); asinüsler (alveoller), duktuslar ve stroma elemanlarından oluşmuştur. Memede salgıdan sorumlu yapı asinüslerdir. Bunlar bir araya gelerek lobülleri oluştururken onlarda birleşerek lobları meydana getirir. Her memede yaklaşık on beş-yirmi adet lob bulunmaktadır. Her asinüste bir kanal vardır ve bunların kanalları lobüllerinkini, lobüllerinki de loblarınkini oluşturur (20). Her lobüler kanal, meme başına (papillaya) tek tek açılma (laktiferöz kanal) yapar ve açılmadan önce laktifer sinüs diye adlandırılan genişlemeler yapar (21) (Şekil 1).



Kaynak: Cabioğlu N., Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi. Özmen. V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Müslümanoğlu, M., Utkan, Z., Editörler. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu- Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2012.

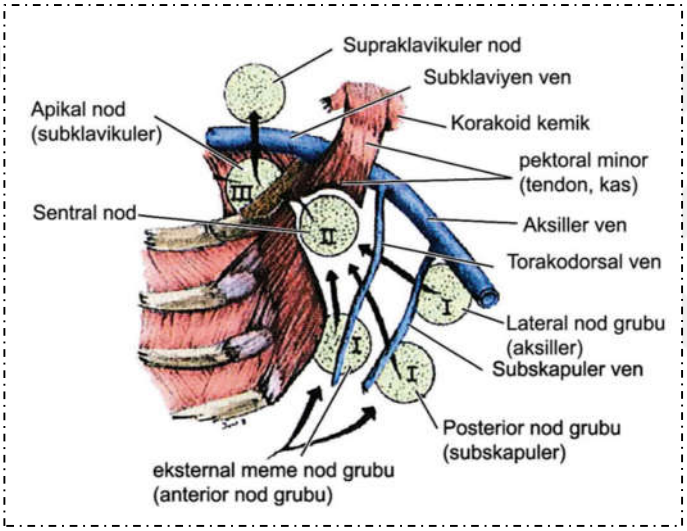
Şekil 1: Meme anatomisi

Meme başındaki pigmentli, sinir uçlarınca zengin, yağ bezi (glandula areolaris) ve ter bezlerinin bulunduğu, kıl folikülünün yer almadığı alana areola adı verilir. Puberteyle ve gebelikte pigmentasyonu artar. Memedeki bu sekretuvar yapı, yaşa, gebelik veya laktasyon durumuna göre değişim gösterir. Memede glandüler yapılar genel olarak duktal elemanlardan oluşur ve her ovulasyon dönemin östrojen uyarısıyla bu hücrelerin yapısı değişiklik gösterir. Bağ dokuda sıvı ve lipit toplanır ve meme büyür. Menstürel döngü tamamlanınca meme eski haline geri döner. Glandüler yapı, yağ ve bağ dokudakiyle birlikte değişim gösterir (21).

2.2.1.1. Memenin Arterleri

Memede arteryel dolaşım üç yolla olur (Şekil 2). Birinci yol, internal torasik (internal mammary) arterin perforan dallarıdır. Subklavian arterin bir dalı olan internal torasik arterin perforan dalları, ikinci, üçüncü ve dördüncü interkostal

aralıktan geçerek memenin medial yarısını ve bu bölgedeki cildin kanlanmasını sağlar (23). Memenin yaklaşık olarak yüzde altmışı bu yolla sağlanır. İkinci yol, internal torasik arterin lateral dallarıdır. İkinci, üçüncü ve dördüncü interkostal aralıktan geçerek memenin lateral yarısının kanlanmasını sağlarlar. Memenin yaklaşık olarak yüzde otuzu bu yolla sağlanır. Üçüncü yol, aksiller arterin dört dalıyla (lateral torasik arter, superior torasik arter, torakoakromial arterin pektoral dalı, subskapular arter) gerçekleşir. Bu yol, memenin kuyruğunu ve daha çok üst dış kadranın beslenmesinden sorumludur. Memenin yaklaşık olarak yüzde onu bu yolla sağlanır (23).



Kaynak: Cabioğlu N., Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi. Özmen. V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Müslümanoğlu, M., Utkan, Z., Editörler. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu- Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2012.

Şekil 2: Memenin arteryal dolaşımındaki üç yolun kaynakları; I: internal torasik arterin perforan dalları, II: internal torasik arterin lateral dalları, III: aksiller arterin dört dalı.

2.2.1.2. Memenin Venleri

Memede venöz dolaşımda arteryel dolaşıma benzer yol gösterir ve üç yolla olur (24). Birinci yol, internal torasik venin perforan dallarıdır. İkinci yol, basilik ve brakial venlenlerin birleşerek oluşturduğu aksiller ven yoludur. Bu vene memeden bir veya iki pektoral dal katılır. Üçüncü yol, üçüncü, dördüncü ve beşinci posterior interkostal venlerin perforan dallarının oluşturduğu yoldur. Posteriorda vertebral pleksusuna (Batson pleksusu), santralde azygos venine açılıp brakiosefalik venle

bağlantı yaparlar. Bu bağlantılar, meme kanserinin akciğer metastazı yolunu oluşturur. Meme kanserinin diğer bir metastaz yolu olan Batson pleksusu sakrumdan kafa tabanına kadar uzanır. Abdominotorasik ve pelvik organların venleri ve Batson pleksusu arasındaki venöz kanallarda kapakçık olmadığından kan her iki yöne de akım halindedir. Bu yolla meme kanseri vertebralara ve santral sinir sistemine metastaz sağlayabilir (24).

2.2.1.3. Memenin Lenfatikleri

Memenin lenfatikleri iki grupta incelenebilir: deri (yüzeyel) lenfatikleri ve derin (parankimal) lenfatikler (Şekil 3) (22, 25).

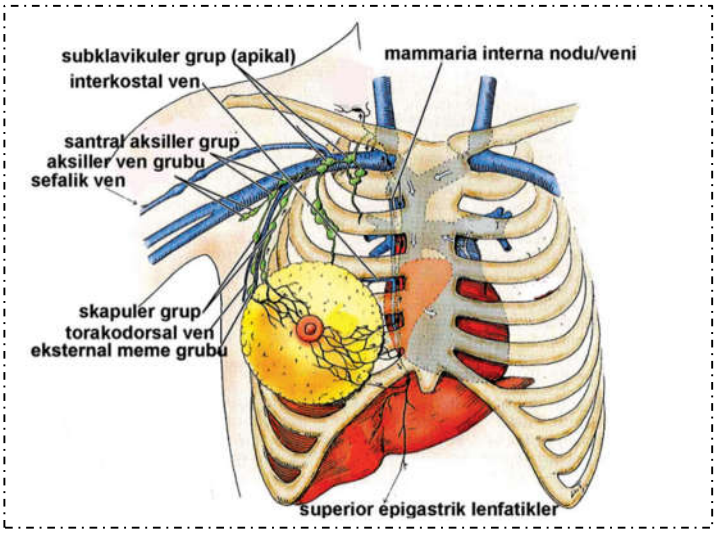
2.2.1.4.1 Yüzeyel Lenfatikler

Memede lenfatik akım her yerine merkezden çevreye doğru şekildedir. Areola altında yer alan Subarular pleksus (Sappey Pleksusu), lenf sıvısını areoladan alır ve diğer pleksuslarla bağlantı kurarak lenf akımının yaklaşık yüzde yetmiş beşini aksillaya kalan kısmı ise internal mamaria lenf nodüllerine olacak şekilde gerçekleştirir (22).

2.2.1.4.2. Parankimal Lenfatikler

Derin lenfatik drenajı genelde üç yoldan olur (22):

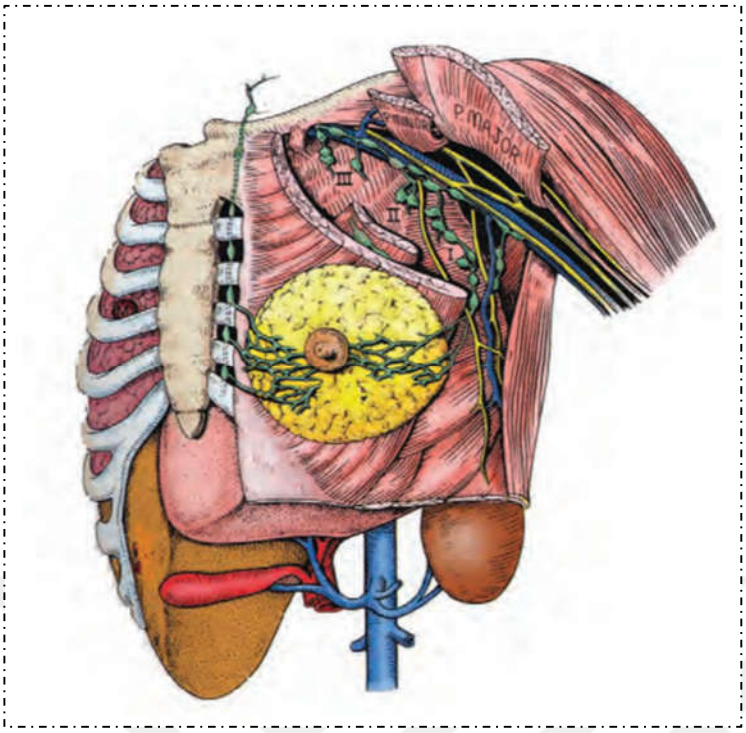
a. Aksiller yol; ikinci ve üçüncü interkostal aralığa yerleşmiş olan ana yoldur. Total akımın yüzde yetmiş beş-doksan yedisi burada olur. Meme üst ve alt yarısının akımını toplar.
b. Mammaria interna yolu; memenin medialinin ve lateralinde az bir kısmın akımını alır. Total akımın yüzde üç-yirmi beşi bu parasternal yerleşimli nodlara drene olur.
c. Transpektoral yol; Pektoralis majör kasını geçip supraklavikuler nodlara ulaşan akımın yoludur.



Kaynak: Cabioğlu N., Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi. Özmen. V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Müslümanoğlu, M., Utkan, Z., Editörler. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu- Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2012.

Şekil 3: Memenin lenfatikleri

Günümüzde en sık kullanılan şeklinde aksiller lenf nodları üç sınıfa ayrılmıştır. Aşağıdan yukarıya doğru (Şekil 4); pektoral kasın laterali ve inferiorundakiler alt grup (seviye I), pektoral minör kasının posteriorundakiler orta grup (seviye II), pektoral minör kasının üst kenarının yukarısındaki lenf nodları ise üst grubu (seviye III) oluşturur (22).



Kaynak: Cabioğlu N., Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi. Özmen. V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Müslümanoğlu, M., Utkan, Z., Editörler. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu- Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2012.

Şekil 4: Memenin lenfatik drenajı

2.2.1.3. Memenin İnnervasyonu

Memenin üst bölümünün duyusal innervasyonu ikinci ve üçüncü interkostal sinirlerin anterior kutanöz dalları ile gerçekleşirken asıl duyu sinirleri dördüncü, beşinci ve altıncı interkostal sinirlerin anterior kutanöz dallarıyla gerçekleşir. Çok sınırlı bir alan servikal pleksustan gelen dallar (supraklavikular sinirin anteromedial dalları) ile gerçekleşir. Memedeki sekretuvar fonksiyonlar over ve hipofiz hormonlarının kontrolünde iken, meme ve yüzeyine sempatik sinir lifleri gönderen bu sinirler damarların kan akımından ve ter bezlerinin sekretuvar fonksiyonları üzerinde etkilidir (24).

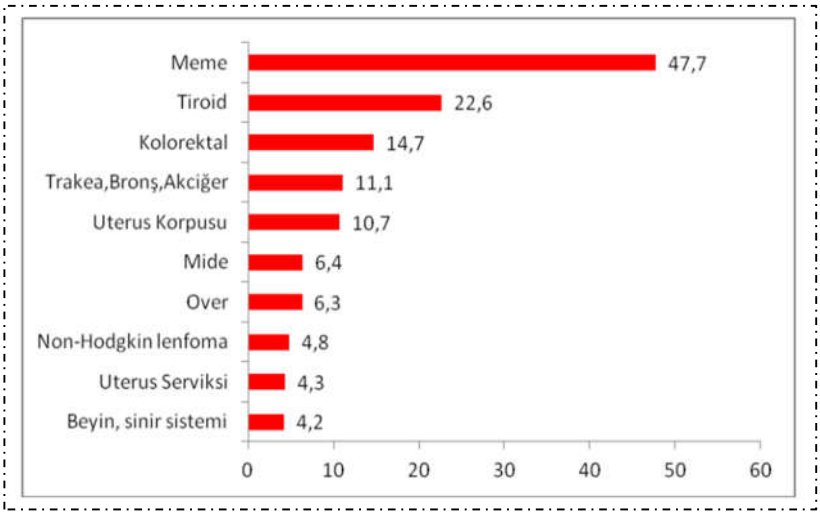
2.2. Meme Kanseri

2.2.1. Meme Kanserinin Epidemiyoloji ve İnsidansı

Meme kanseri, memeyi oluşturan dokulardaki hücrelerin kontrolsüzce çoğalmasıyla oluşan bir hastalıktır (26). Geçmiş yıllardan farklı olarak, her iki cinsiyet bir arada kadın meme kanseri toplam vakaların %11,7'sini oluşturması sebebi ile en sık tanı alan kanserdir. İkinci sırada ise akciğer kanseri (%11,4) gelmektedir. Tüm kanserler arasındaki ölüm oranlarına bakıldığında, akciğer kanseri tüm kanser ölümlerinin %18'ini oluştururken kadın meme kanseri, %6,9'unu oluşturmaktadır (2).

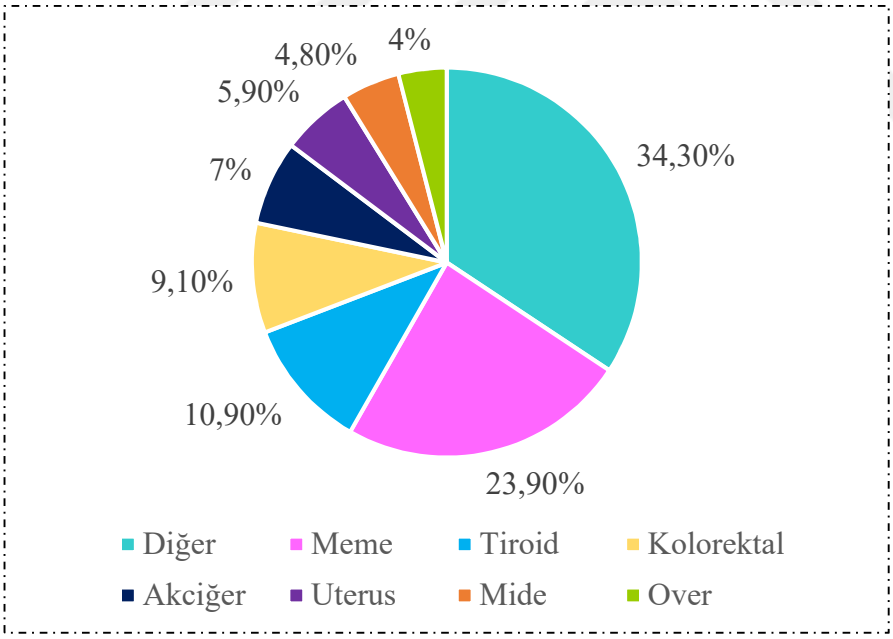
Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser olup, her yıl yaklaşık 2,2 milyon kadını etkilemektedir ve aynı zamanda kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin en fazla olduğu görülmektedir (2). 2020'de 684.996 kadının meme kanserinden öldüğü –bunun da tüm kadın kanser ölümlerinin %15,5'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society- ACS) verilerine göre 287.850 kadına yeni meme kanseri tanısı konulacağı 43.250 kadın da meme kanserine bağlı öleceği düşünülmektedir (26).

Ülkemizde de meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Tanı konan her dört kadın kanserinden birisi meme kanseridir. Meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'inin 50-69 yaş arasında olduğu, %40,4 ünün ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir (27) (Şekil 5). GLOBOCAN 2020 verilerine göre Türkiye oranları ise 101.018 kişide %23,9 ile meme kanseri, yaklaşık her dört kanser tanısından birini oluşturmaktadır (2) (Şekil 6).



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf

Şekil 5: Kadınlarda en sık görülen on kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)



Kaynak: International Agency For Research On Cancer (IARC). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries [İnternet]. 2021 [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim adresi: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21660

Şekil 6: Türkiye'de kadınlarda en çok görülen kanser oranları

2.2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir fakat birçok faktörün etkileyebildiği bilinmektedir. Meme kanserinin kadınlarda değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri bulunmaktadır (28) (Tablo 1).

Tablo 1: Meme kanseri risk faktörleri

Değiştirilemez Risk Faktörleri	**Değiştirilebilir Risk Faktörleri**
Cinsiyet (Kadın Olmak)	Nulliparite
Yaş	Laktasyon
Aile Öyküsü (Meme ya da over kanseri) ve Genetik (Mutasyonlar)	Hormon Replasman Tedavisi
Irk / Etnik Köken	Oral Kontraseptif Kullanımı
Menarş Yaşı ve Geç Menapoz	Obezite ve Beslenme
Kişisel Meme Kanseri Öyküsü	Fiziksel Aktivite
Kanser Olmayan Meme Hastalığı ve Dens Meme Yapısı	Alkol ve Sigara
Radyoterapi Tedavisi Öyküsü	Etkisi Kanıtlanmamış Risk Faktörleri

2.2.2.1. Değiştirilemez Risk Faktörleri

2.2.2.1.1. Cinsiyet

Kadın olmak, özellikle hormonal uyarımın artması sebebiyle meme kanseri riskinin artmasına sebep olur. Endojen seks hormonlarındaki fizyolojik değişiklikler, premenopozal ve postmenopozal kadınlarda meme kanseri riskinin artmasına neden olur (29).

2.2.2.1.2. Yaş

Meme kanserli olguların %80'ini 50 yaş üzeri kadınlar oluşturur. Risk oranı yaklaşık olarak 40 yaşında %1.5, 50 yaşında %3 ve 70 yaşında %4 olmak üzere artış gösterir. Görülme yaşlarıyla, görülen meme kanseri tipi arasında da farklılıklar gözlemlenmektedir (30).

2.2.2.1.3. Genetik Faktörler

Özellikle iki ana gen meme karsinomuyla yüksek ilişkili (%50-%85) bulunmuştur (26): 17. Kromozomda bulunan "Breast Cancer Susceptibility Gene

(BRCA)-1" ve 13. Kromozomda bulunan "BRCA-2". Genetik sebeplerle görülen meme kanserinin %40-50'sinden bu iki gendeki mutasyondan kaynaklanmaktadır. Meme kanserinin yüksek bulunduğu diğer gen mutasyonları ise tümör protein 53 (TP53), Cadherin 1 (CDH1), protein tirozin fosfataz ve tensin homoloğu (PTEN) ve serin ve treonin kinaz-11 (STK11) olarak sayılabilir (31).

2.2.2.1.4. Aile Öyküsü

Ailede meme kanseri öyküsü olanlarda yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski %15 ile %30 arasındadır (26). Annesinde ya da kız kardeşinde meme kanseri görülmesi riski arttırır (32). Birinci derece akrabada meme kanseri varlığı, riski 1,8 kat arttırırken, iki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2,9'a çıkmaktadır. Otuz yaştan önce tanı almış birinci derece akraba 2,9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise 1,5 kat artar (33).

2.2.2.1.5. Etnik Köken/Irk

İnsidans oranı, beyaz kadınlar arasında en yüksek olmaya devam etse de maligniteye bağlı ölüm oranı ve en düşük sağkalım oranı siyahi kadınlarda daha yüksektir. Asyalı, Kızılderili ve İspanyol kökenli beyaz kadınların meme kanseri geliştirme ve meme kanserinden ölme riski daha düşüktür (26, 32).

2.2.2.1.6. Kişisel Meme Kanseri Öyküsü

Bir memede meme kanseri gelişmesi, aynı memenin farklı ya da aynı bölümünde veya diğer memede gerçekleşme ihtimalini arttırır (32).

2.2.2.1.7. Erken Menarş-Geç Menapoz

On iki yaşından önce menstrüasyon görülmesi, on dört yaşından sonra görenlere kıyasla meme kanseri riskini arttırır (32). Menarş yaşındaki her bir senelik gecikmede, meme kanseri riskinin %5 daha düşük olduğu, on beş yaşından ve sonrasında menstrüasyon görmeye başlayan kadınlarda ise hormon reseptör negatif meme kanseri görülme riski %16 daha düşüktür (34). Ayrıca on beş yaş ve sonrasında gören kadınlara kıyasla on üç yaşından önce menstrüasyon görmeye

başlayan kadınlarda hormon reseptör pozitif meme kanseri görülme oranı daha düşük hesaplanmıştır (35). Östrojen maruziyeti ile meme kanseri riskini arasında doğrusal bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Geç menopoza girmek de yine bununla ilişkilidir. Elli beş yaşından sonra menopoza giren kadınlarda kırk beş yaşından önce girenlere göre risk arttığı gibi, kırk beş yaş önce ooferektomi yapılan kadınlarda riskin azaldığı görülmüştür (32).

2.2.2.1.8. Radyasyon Maruziyeti

Memelerin gelişme döneminde (erken yaşta) Hodgkin veya Non-Hodgkin lenfoma tedavisi gibi nedenlerle göğüs bölgesine radyoterapi alan kadınlarda risk çok fazla artmıştır. Kırk yaşından sonra görülen radyoterapinin meme kanseri gelişme riskini arttırmada etkisi yoktur (32).

2.2.2.1.9. Kanser Olmayan Meme Hastalığı ve Dens Meme Yapısı

Yağ dokusunun az; glandüler, fibröz doku oranı fazla olan (yoğun meme yapılı) kadınlarda meme kanseri riski ortalama meme yoğunluğuna sahip kadınlara kıyasla bir buçuk- iki kat daha fazladır. Daha önce memede fibroadenom, fibrozis, basit kist, skuamöz ve apokrin metaplazi, hiperplazi, papilloma, sklerozan adenozis görülmesi meme kanseri görülme riskini dört beş kat arttırır (32).

2.2.2.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

2.2.2.2.1. Nulliparite

Menarş ve menapoz yaşında olduğu gibi yine östrojen maruziyetiyle ilişkili olarak düşünülmüştür. Otuz yaşından önce doğum yapmış kadınlarda hiç doğum yapmamış olanlara göre meme kanseri riski daha azdır. Hamling ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre ise paritenin lümen meme kanseri riskini azaltabileceği ama insan epidermal büyüme faktör reseptörü 2 (HER 2) ve üçlü negatif meme kanseri arasında bir ilişki bulunamamıştır (36).

2.2.2.2.2. Laktasyon

Laktasyon süresince menstrüel siklustaki azalmayla ilişkili olarak östrojen maruziyetindeki azalma, özellikle 1 yıldan fazla emzirmenin koruyucu etkisi olduğunu kanıtlamıştır (37).

2.2.2.2.3. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Kombine tedavide (kombine östrojen ve progesteron tedavisi) riski, ileri evrede tanılama riskini ve mortaliteyi arttırırken, menopoz sonrası verilen tek başına östrojen tedavisinin herhangi bir risk artışı saptanmamıştır (32).

2.2.2.2.4. Oral Kontraseptif (OK) Kullanımı

Ergenlik döneminde OK kullanımına başlayan kadınlarda risk daha yüksek olsa da bu yaşta düşük temel risk nedeniyle bunun tahmini kümülatif meme kanseri insidansı üzerinde çok az etkisi vardır (37, 38). Aşırı risk muhtemelen OK'lere kullanıma başlama yaşı veya maruz kalma süresinden ziyade en son maruz kalma yaşı ile belirlenir (38, 39).

2.2.2.2.5. Obezite ve Beslenme

Obezitenin meme kanseri tanısı ve sonucu üzerinde etkisi olduğunu, 1976'da ilk kez Abe ve arkadaşları, obez meme kanseri hastalarının, normal kilolu hastalara oranla daha büyük birincil tümörlere, daha yüksek lenfatik invazyon oranlarına ve daha kötü genel sağkalıma sahip olduğunu bildirmişlerdir (40). Obez kadınların meme kanseri gelişimi için yüksek risk altında oldukları hatta ameliyat ve radyasyonla ilgili daha fazla komplikasyon yaşadıkları bildirilmiştir. Uygun lokal hastalık tedavisine rağmen, obez kadınlar normal kilolu kadınlara kıyasla lokal nüks riski altındadır (41).

2.2.2.2.6. Fiziksel Aktivite

Sedanter yaşam ve fiziksel aktivitenin yetersiz olması tüm kanser türlerinde olduğu gibi meme kanseri için de risk faktörüdür (42). Meme kanseri tanısı alan, fiziksel olarak aktif kadınlarda, hayatta kalma süresinin diğer kadınlara göre arttığı

bildirilmiştir. Lahart ve arkadaşlarının (2015) yaptığı meta-analizde, meme kanseri teşhisi sonrası fiziksel aktivite düzeyi en yüksek olan kadınların fiziksel aktivite düzeyi en düşük kadınlara kıyasla meme kanseri riskinin yaklaşık %50 daha az olduğunu göstermişlerdir (43).

2.2.2.2.7. Alkol ve Sigara

Etanol, memede epitelyal hücre büyümesini arttırarak meme kanseri riskini arttırır (44). Alkol tüketimi, günlük tüketilen her standart alkollü içecek için meme kanseri riskinde %7-10'luk bir artışa sebep olmaktadır (45). Sigara içmenin, alkol alımına oranla daha düşük bir riski olduğu düşünülmesine rağmen yapılan bir meta-analizde hiç sigara içemeyenlere kıyasla sigara içen kadınların meme kanseri riskinde %11'lik bir artış olduğu bildirilmiştir (46).

Meme kanseri için ayrıca etkisi tam olarak kanıtlanmamış başka risk faktörleri de belirlenmiştir. Örneğin hemşireler gibi gece vardiyalı olarak çalışma, özellikle menopoz öncesindeki kadınlarda riski arttırdığı belirtilmiş (47). Uyku süresinin günde 6-9 saatten az olan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı, gece vardiyalı çalışıp gündüz uyuyan kadınlarda yine bu oran yüksek bulunmuştur (48). Yine sirkadiyen ritimdeki bozulmanın melatonin salgısını etkilediği, bununda doğrudan kanser risk artışına sebep olduğu düşünülmektedir (49).

Uygulanan diyet ve vitamin alımının, doğrudan bir etkisi olmadığı bazı çalışmalarda belirtilmiş olsa da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yüksek oranda işlenmiş etin ve aşırı doymuş yağ alımının sadece gastrointestinal maligniteler değil aynı zamanda meme kanseri riskini de arttırdığını bildirmiştir (50). Diyette ultra işlenmiş gıdaların %10 artmasının, %11 daha fazla meme kanseri riski ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (51). Sebze ve meyve tüketiminin, baklagil ve kepekli tahıl alımının ve yağsız protein açısından yüksek bir diyetin, meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (52). Bazı kimyasallara maruziyetin (böcek ilaçları, kozmetik maddeleri ve kişisel bakım ürünleri) östrojen benzeri özelliklere sahip olmaları nedeniyle meme kanseri riskini arttırabileceği düşünülmektedir (32).

Risk faktörleri, bazı risk değerlendirme modelleri içerisinde değerlendirilebilir. Bu modeller, risk faktörlerinin birbirleriyle kombinasyonları üzerine yapılandırılmıştır ve belirli bir süre için veya hayat boyu riski belirler. Günümüzde

en sık Gail Modeli, Claus Modeli, BRCAPRO Modeli, Jonker Modeli, Tyrer–Cuzick Modeli, BOADICEA Modeli sayılabilir fakat bu modellerin sınırlılıkları atlanmamalıdır (33).

2.2.3. Meme Kanserinde Tarama

Fırsatçı veya toplum tabanlı tarama programlarındaki asıl amaç erken tanıyı koyup sağkalımın iyilik halinin ve süresinin arttırılması, yaşam kalitesinin arttırılması, tedaviyi kolaylaştırma ve meme koruyucu seçeneklerin hastalara sunulabilmesidir (53).

Tarama yapmak için, önemli bir sağlık problemi olması, asemptomatik olmasına rağmen yakalanacağı bir dönemin varlığı, erken teşhisin tedaviye avantaj sağlanabilirliği, tarama testlerinin etkinliği ve doğruluğu olması ve ek olarak hastalarca kabul edilebilir bir yöntem olması gerekmektedir (54).

2.2.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Asıl amacı kadının kendi meme dokusunu tanıyıp aydan aya kıyaslama yapabilmesi olan ve ayda bir defa yapılması önerilen KKMM'nin uygun zamanda yapılması önemlidir. Menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda menstrüel siklusun 9-12. günü (Sağlık Bakanlığı'na göre 5-9. günlerde- hastanın menstrüel kanama gün sayısıyla ilişkili olarak değişiklik gösterir) (55) yapılması uygunken menstrüasyon görmeyen kadınlarda her ayın kendi belirlediği bir günü, emziren kadınlarda ise yine belirlenen bir günde ve emzirdikten sonra veya memedeki süt boşaltıldıktan sonra yapılması gerekmektedir. Muayene yapılan ortam değişiklikleri fark edebilmek adına aydınlık olmalıdır (56).

2.2.3.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Her iki memenin inspeksiyonu, aksilla muayenesi ve supraklavikular muayene, memelerin palpasyonu ve meme başı ve areolanın muayenesi içeren bir tarama olmalıdır. Hekim tarafından yapılır (57).

2.2.3.3. Mamografi (MG)

Meme kanseri taramasında altın standarttır. Şikâyeti olmayan kadınlarda meme kanserinin erken tanınması için yapılan bu görüntülemenin, yüksek görüntü kalitesi ve düşük radyasyon oranı gibi avantajları vardır (55).

2.2.3.4. Ultrasonografi (USG)

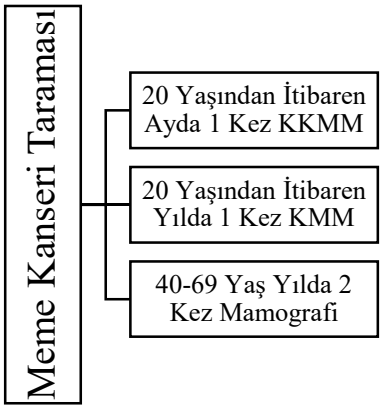
Taramada mamografiye destekleyici olarak kullanılmakla birlikte özellikle yoğun meme yapısına sahip kadınlardaki meme kanseri saptama oranını arttırmasına rağmen geri çağırış ve gereksiz biyopsi sayısını arttırması sebebi ile rutin taramada yer almaz (55).

2.2.3.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI)

Maliyetli olması, yapabilecek merkezlerin azlığı ve değerlendirme yapacak yeterli uzman olmayışı sebebiyle rutin taramada yer almamaktadır fakat yüksek riskli kadın grubunda mamografiye ilave edilmesi önerilir (55). Kanser olmayan meme hastalığı (lobuler neoplazi, atipik duktal hiperplazi) olan kadınlar, geçirilmiş meme kanseri öyküsü olan kadınlar veya yaşam boyu %15-20 risk taşıyan kadınlar orta riskli grup kabul edilmektedir (58).

Ülkemizde ulusal meme kanseri taramaları, aile ve toplum sağlığı merkezleri ve her ilde en az bir tane bulunan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) arasında koordineli bir şekilde yürütülmektedir (55).

Ülkemizdeki meme kanseri tarama programı kapsamında: 20 yaşından itibaren ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapması hususunda danışmanlık verilmesi, yılda bir kez klinik meme muayenesi yapılması ve 40-69 yaş aralığındaki kadınlara ek olarak 2 yılda bir mamografi çektirilmesi kararlaştırılmıştır (Şekil 6). Türk Radyoloji Derneği (TRD), meme kanseri tarama rehberinde ise 40 yaşından itibaren mamografi ile taramaya başlama ve senede bir kez olacak şekilde takip önermiştir (58, 59).



Kaynak: Türk Radyoloji Derneği (TRD). Meme Kanseri Tarama Rehberi [İnternet]. 2021. Erişim Adresi: https://www.turkrad.org.tr/assets/DernektenHaberler-Pdf/TRD-Meme-Tarama-Rehberi.pdf

Şekil 7: Türkiye yaşa göre meme kanseri tarama diyagramı

Aile öyküsünde ya da kendinde BRCA mutasyonu saptanan kadınlar, toraks bölgeye 10-30 yaş arasında radyoterapi görmüş kadınlar, yaşam boyu riski %20'nin üzerindeki kadınlar yüksek riskli kabul edilir. Radyoterapi geçmişi olan kadınlarda 25 yaşından önce olmamak kaydıyla tedavi uygulandıktan sekiz yıl sonra mamografi ile taramaya başlanması önerilmiştir. Genetik faktörler söz konusu ise 30 yaşından küçük olmamak kaydıyla tarama başlanmalıdır (60).

Sağlık Bakanlığının rehberine göre, geçirilmiş meme kanseri öyküsü varsa yaşam boyu tarama devam ettirilmeli, birinci derece aile öyküsü olan kadında, tanı alınan yaştan on yıl önce tarama başlatılmalıdır. Meme koruyucu cerrahi geçiren kadında radyoterapinin üzerinden altı ay geçtikten sonra ilk görüntüleme yapılmalı sonraki iki sene boyunca karara bağlı altı ayda bir, daha sonra yılda bir olacak şekilde tarama devam ettirilmelidir. Daha önce herhangi bir sebeple yapılmış olan biyopsi sonucu lobuler intraepitelyal neoplazi veya atipik duktal hiperplazi olan kadınlar yakın takip edilmeli, genç yaşta radyoterapi gören kadınlarda ise taramaya sekiz yıl sonra ya da hasta 25 yaşına gelince başlanmalıdır. BRCA1 mutasyonu olan kadınlarda mümkün olan en erken yaşta (genelde 20), BRCA2 mutasyonuna sahip kadınlarda ise 25-30 yaş arasında tarama başlatılmalıdır (55).

Meme kanseri bu taramalar için uygun bir hastalık olmakla birlikte sağlık örgütleri arasında ya da ülke ve kıtalar arasında farklı yöntemler kullanılmakta olup taramaya başlama yaşı ve tarama sıklığı da farklılıklar göstermektedir (61) (Tablo 2).

Tablo 2: Amerikan Kanser Birliği, Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists -ACOG) ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın tarama önerileri

	ACS (62)	ACOG (63, 64, 65)	IARC (66)
Ortalama risk taşıyan 40 ila 49 yaş arası kadınlar	40-44 yaş arası kadınlar, isterlerse yılda bir kez mamografi ile taramaya başlama seçeneğine sahip olmalıdır. 45-49 yaş arası kadınlar her yıl mamografi ile taranmalıdır.	Uygun danışmanlıktan sonra ortak karar verme yoluyla kişi tarama isterse yılda bir veya iki yılda bir mamografi çekilebilir ve yılda bir kez klinik meme muayenesi yapılabilir.	Mamografi ile taramanın 40-49 yaş arası kadınlarda meme kanseri ölümlerini azalttığına dair sınırlı kanıt vardır.
Ortalama risk taşıyan 50 ila 74 yaş arası kadınlar	Her yıl mamografi ile taranmalıdır. 55 yaş ve üstü kadınlar için mamografi ile taramanın iki yılda bir veya yılda bir kez yapılması önerilir. 55 yaş ve üstü kadınlar iki yılda bir taramaya geçmeli veya her yıl taramaya devam etme fırsatına sahip olmalıdır. Ortalama riskli kadınlar arasında, meme kanseri taraması için klinik meme muayenesi önerilmemektedir.	Uygun danışmanlıktan sonra ortak karar verme yoluyla, mamografi ile tarama yılda bir veya iki yılda bir önerilir. Klinik meme muayeneleri yıllık olarak yapılabilir.	Mamografi ile taramanın meme kanseri mortalitesini, yararlarının mamografiden kaynaklanan radyasyona bağlı kanser riskinden önemli ölçüde daha ağır basacak şekilde azalttığına dair yeterli kanıt vardır. Klinik meme muayenesinin meme kanseri mortalitesini azalttığına dair yeterli kanıt yoktur. Klinik meme muayenesinin tespit edilen tümörlerin evre dağılımını daha düşük bir evreye kaydırdığına dair yeterli kanıt vardır.
Ortalama risk taşıyan 75 yaş ve üzeri kadınlar	Genel sağlıkları iyi olduğu ve ortalama yaşam süreleri 10 yıl veya daha fazla olduğu sürece mamografi ile taramaya devam etmelidir.	Taramayı durdurma kararı, kadının sağlık durumu ve yaşam süresinin tartışılmasını içeren karar verme sürecine dayanmalıdır.	Ele alınmadı.

***Kaynak**: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Breast Cancer Screening Guidelines for Women, Document reviewed September, 2022.*

Raporlamada standardizasyonu sağlamak ve izlem sıklıklarını belirlemek amacıyla Amerikan Radyoloji Birliği (American College Of Radiology- ACR) "Breast Imaging Report and Data System (BIRADS)" adlı lezyonun sadece tanımakla kalmayıp bening-malign ihtimallerini değerlendiren sınıflamayı geliştirmiştir (67) (Tablo 3). Bu sınıflama aynı zamanda memenin parankim dokusunu da tanımlar:

Tip 1: Yağ dokusundan zengin meme yapısı (Glanduler yapı memenin %25'inden azını içerir),

Tip 2: Yağ ve fibroglanduler doku içeren meme yapısı (Glanduler yapı memede dağınık halde ve neredeyse %25-50'sini oluşturacak şekildedir),

Tip 3: Heterojen dens meme yapısı (Glanduler yapı memenin farklı alanlarında farklı yoğunluktadır ve memenin %50-75'ini oluşturur),

Tip 4: Çok dens meme yapısı (Glanduler yapı memenin %75'inden fazlasını oluşturur) (68).

Tablo 3: BIRADS sınıflaması ve yorumlaması

BIRADS Kategorisi	Tanımlama	Olasılıklar
0	Eksik - Ek görüntüleme değerlendirmesi ve/veya önceki mamogramlarla (veya diğer görüntüleme testleriyle) karşılaştırma gereklidir.	Olası bir anormallik görmüş olabileceği, ancak net olmadığı anlamına gelir.
1	Negatif	Bu normal bir test sonucudur.
2	Bening bulgular	Bu aynı zamanda negatif bir test sonucudur (kanser belirtisi yoktur), ancak bening kitleler veya memedeki lenf nodları gibi kanser olmayan bir bulguyu tanımlar.
3	Olasılıkla bening bulgular; kısa bir süre içinde takip önerilir.	Malignite olasılığı çok düşüktür (%2'den fazla değil). Zamanla değişmesi beklenmemektedir. 6 ila 12 ay içinde tekrar görüntüleme ile takip iki sene devam ettirilmelidir.
4	Şüpheli anormallik – Biyopsi düşünülmelidir.	Bulgu kategorisi çok çeşitli şüphe seviyelerine sahip olduğundan kategori bölünür: 4A: Kanser olma olasılığının düşük olduğu bulgu (%2'den fazla ancak %10'dan az) 4B: Orta derecede kanser olma olasılığı olan bulgu (%10'dan fazla, %50'den fazla) 4C: Kanser olma olasılığı yüksek (%50'den fazla ancak %95) ancak Kategori 5 kadar yüksek olmayan bulgu
5	Yüksek derecede malignite düşündürür.	Bulgular kansere benziyor ve kanser olma olasılığı yüksek (en az %95). Biyopsi şiddetle tavsiye edilir.
6	Bilinen biyopsi ile kanıtlanmış malignite	Bu kategori yalnızca daha önceki bir biyopsi ile kanser olduğu gösterilmiş olan bir MG (veya US/MRI) üzerindeki bulgular için kullanılır.

2.2.4. Meme Kanserinde Belirti- Bulgular

Erken evre meme kanseri genelde belirti göstermez. Memede kitle, meme boyutunda değişiklik/asimetri, ciltte çukurlaşma, kızarıklık veya portakal kabuğu görüntüsü, meme ucu değişiklikleri veya areolada değişiklik, anormal meme başı akıntısı (özellikle kanlı) en çok karşılaşılan meme kanseri belirtileridir. Meme kanserleri metastaz yapabilir ve diğer semptomları tetikleyebilir. En yaygın ilk saptanabilen yayılma bölgesi koltuk altındaki lenf düğümleridir fakat akciğerler, karaciğer, beyin ve kemikler dahil olmak üzere diğer organlara yayılabilir. Bu bölgelere ulaştıklarında, kemik ağrısı, sarılık, baş ağrısı gibi kanserle ilgili yeni bulgular gelişebilir.

Kitlelerin %90'ı ise kanser olmayabilir ve meme anormallikleri, enfeksiyonların yanı sıra fibroadenomlar ve kistler gibi iyi huylu kitleleri içerir. Bu nedenle ayrım iyi yapılmalıdır (69). Memede kitle varlığı %80 ile en çok saptanan bulgudur. Glanduler dokunun fazla yoğunlukta olması sebebiyle en çok üst dış kadranda ortaya çıkar (70). Düzensiz kenarları olan ağrısız, sert bir kitlenin kanser olma olasılığı daha yüksektir ancak yumuşak, yuvarlak, hassas ve hatta ağrılı olabilir (68). Kitle varlığında, 3-6 ay arasında izlem yapılmalı, 1-2 sene izle stabil kalıyorsa rutin izleme geçilmeli, eğer şüphenin düşüklüğünden emin olunamadıysa ya da hastaya ulaşım zorlaşacaksa veya izlemlerde boyutta ilerleme/büyüme var ise biyopsi yapılmalıdır (71). Kalıcı anormallikleri olan kadınlara (genellikle bir aydan fazla süren), bir kitlenin malign veya bening olup olmadığını belirlemek için memenin görüntülenmesi ve gerekli durumlarda biyopsi yapılmalıdır. Ağrılı/ağrısız ülserasyon varlığında ise yine biyopsi önerilmektedir (69).

2.2.5. Meme Kanserinde Tanı

2.2.5.1. Öykü

Rutin kontroller dışında başvuran kadınlarda öncelikle şikâyetin ne zaman başladığı veya ne zaman fark edildiği sorgulanmalıdır. En sık bulgu veren memede kitle menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda özellikle menstrüel siklus ile gerileyen kistlerle karıştırılabilmektedir (55). Genellikle meme kanseri hastalarında geç evre bulgusu olarak kabul edilen ağrı yine menstrüel siklus ile ilişkili olabilir. Bu nedenle kadın, KKMM yapıyor ise muayene zamanı teyit edilmelidir. Patolojik meme başı akıntı varlığında ise tek taraflı, spontan, kanlı veya seröz akıntıdan bahsediyor olmak gerekir. Bu nedenle akıntının rengi, geliş sıklığı, spontan olması, gelen miktar ve bilateral ya da tek taraflı oluşu sorgulanmalıdır. Diğer önemli nokta ise hasta risk faktörleri (yaş, aile öyküsü, ilk doğum yaşı, kullandığı ilaçlar vb.) açısından değerlendirilmelidir (55).

2.2.5.2. Biyopsi

Memede görüntüleme yöntemleri ile tanımlanmış lezyonlardan doku örneklemesi yapmak için dört yöntem kullanılır: ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), kalın iğne biyopsisi (KİB), vakum yardımlı biyopsi (VYB), açık cerrahi biyopsi (55).

Açık cerrahi biyopsiler yerine artık daha kolay uygulanabilen ve maliyetli, invaziv olmayan perkütan biyopsi teknikleri almıştır. Görüntüleme işlemlerinin kılavuzluğunda yapılan bu biyopsiler doku tanısını elde edebilmek için altın standart haline gelmiştir. İİAB'leri genel anestezi gerektirmeden, skar oluşumunun daha az olduğu, maliyeti düşük, hızlı ve kesin histolojik tanı elde edilmesini sağlamıştır. Eğer operasyon sonrası dönemde sistemik tedavi planı var ise hastalık tanısı ve biyo-belirteçleri değerlendirmek adına KİB gerçekleştirilmelidir (55).

VYB ise özellikle atipik duktal hiperplazi ve duktal karsinoma in situ gibi geniş örnekleme yapılması gereken durumlarda başvurulan yöntemdir (55).

2.2.6. Meme Kanserinde Evreleme

Meme kanserinde tümörün anatomik büyüklüğünü, tümörün derecesini, tedavi ve prognozu belirlemek amacıyla Amerikan Ortak Kanser Komitesi (American Joint Committee on Cancer-AJCC)'nin düzenlediği Tümör, Nodül, Metastaz (TNM) evreleme sistemi kullanılmaktadır (72). TNM evrelendirmesi, AJCC'nin yayımladığı sekizinci versiyonunda anatomik (Tablo 4) ve prognostik (Tablo 5) olmak üzere iki bölümde değerlendirilmektedir (73). Muayene bulguları ve radyolojik görüntülemelerle oluşturulan klinik evreleme ve prognozu ve tedaviyi yönlendiren, cerrahi yöntemlerle çıkarılan tümörün patolojik evresidir (55).

Tablo 4: Klinik anatomik evreleme

Evre	TNM
Evre 0	Tis N0M0
Evre 1A	T1N0M0
Evre 1B	T0-1 NmicM0
Evre 2A	T0-1N1M0 ya da T2N0M0
Evre 2B	T2N1M0 ya da T3N0M0
Evre 3A	T0-2N2M0 ya da T3N1-2M0
Evre 3B	T4N0-2M0

Evre 3C	T1-4N3M0
Evre 4	T1-4N0-3M

Tablo 5: Prognostik Evreleme

TÜMÖR EVRESİ (T)	
TX	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	Primer tümör yok
TİS	Duktal karsinoma in situ (DKIS) ya da meme başının DKIS ile ilişkili Paget hastalığı
T1	Tümörün en büyük çapı ≤ 20 mm T1a Tümörün en büyük çapı >1 mm fakat ≤ 5 mm T1b Tümörün en büyük çapı >5 mm fakat ≤10 mm T1c Tümörün en büyük çapı >10 mm fakat ≤ 20 mm
T2	Tümör çapı >20 mm, ≤ 50 mm
T3	Tümör çapı >50 mm
T4	Göğüs duvarı ve/veya cilt (ülserasyon veya cilt nodülleri) tutulumu* T4a: Göğüs duvarı tutulumu T4b: Ciltte ülserasyon, satellit nodüller veya ödem mevcut (‘Peau d’orange’ dahil) T4c: T4a+T4b T4d: İnflamatuvar meme karsinomu
LENF NODU EVRESİ (N)	
NX	Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor
N0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1	Aksiller lenf nodu/nodları metastazı var Mikrometastaz var (>0,2 mm < 2,0 mm)
N2	Klinik olarak fikse veya konglomere aksiller lenf nodu metastazı veya ipsilateral internal mammarian lenf nodlarında klinik olarak metastaz var N2a: Birbirlerine veya diğer yapılara fikse, konglomere veya yapışık aksiller lenf nodu metastazı var N2b: Klinik olarak sadece ipsilateral internal mammarian lenf nodlarında metastaz var
N3	İnfraklavikular lenf noda/nodlara metastaz veya klinik olarak aksiller lenf nodu metastazı ile birlikte ipsilateral internal mammarian nodda/nodlarda klinik olarak saptanmış metastaz veya aksiller veya supraklavikular noda/nodlara metastaz. N3a: İpsilateral infraklavikular lenf noda/nodlara metastaz N3b: İpsilateral internal mammarial ve aksiller lenf noda/nodlara metastaz N3c: İpsilateral supraklavikular noda/nodlara metastaz
UZAK METASTAZ (M)	
M0	Uzak metastazın klinik veya radyolojik kanıtı yok
CM0(+İ)	Sadece kan dolaşımı, kemik iliği veya bölgesel olmayan lenf nodlarında 0.2 mm'den daha büyük olmayan moleküler depozitler veya mikroskopik tümör hücreleri var.
M1	Klinik ve radyolojik yöntemlerle belirlenmiş uzak metastazlar var

**Pektoral kas invazyonu ve tek başına dermis invazyonu T4 olarak tanımlanamaz.*

2.2.7. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanseri tedavisine tanı aşamasında belirlenen tümörün büyüklüğü, yeri, tümörün özelliklerine göre karar verilir ve zor bir süreçtir (74). Meme kanserinde tedavi, sistemik (kemoterapi, hormon terapi, biyolojik/hedefe yönelik tedavi) ve lokal (cerrahi ve radyoterapi) tedavi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tedavi kombine ya da tek başına uygulanabilir. Tanı sonrası tedavinin ilk aşamasını genellikle cerrahi oluşturur (75).

2.2.7.1. Sistemik Tedaviler

Meme kanserini tedavide kullanılan ilaçlar, vücudun her yerindeki hücrelere yayıldığından sistemik olarak kabul edilir ve kas içine enjekte edilebilir, oral yolla alınabilir ya da doğrudan dolaşıma verilebilir (76). Prognoz ve tedavi yanıtının tahmininde histolojik sınıflandırma yetersiz kaldığından Perou ve arkadaşları (2000) farklı meme kanseri alt tiplerinin tanımlandığı gen listesi belirlemiştir (77). Değişen zaman ve gelişen bilim eşliğinde Ulusal Kanser Enstitüsü (The National Cancer Institute- NCI) ve Ulusal İnsan Genomu Araştırma Enstitüsü (National Human Genome Research Institute- NHGRI)'nün ortaklaşa gerçekleştirdiği, Kanser Genomu Atlas Projesi (The Cancer Genome Atlas- TCGA)'nde dört ana meme kanseri alt tipinin ayrımı doğrulanmıştır (78, 79).

Hangi sistemik tedavi(leri)nin uygulanacağı estrojen reseptörü (ER), progesteron reseptörü (PR) ve insan epidermal büyüme faktör reseptörü 2 (HER2) gibi bu alt tipinin belirlediği biyolojik özelliklere, lenf nodu ve uzak metastaz varlığına göre değişiklik gösterir (80). Genel sağlık hali, menopoz durumu ve kişisel tercihler gibi diğer faktörler de dikkate alınır (76).

Meme kanserinin biyolojik özelliklerine göre kemoterapi, hormon tedavisi ve hedefe yönelik tedavi seçenekleri uygulanmaktadır.

2.2.7.1.1. Kemoterapi

Meme kanserinde kemoterapi (KT), en çok intravenöz yolla uygulanan bazen oral yolla da uygulanabilen kanser ilaçlarıdır. Tüm meme kanserli kadınlar kemoterapi almak zorunda değildir. Ameliyattan sonra (adjuvan kemoterapi),

operasyon sonrasında geride kalmış ya da yayılmış ancak görüntülemelerle fark edilemeyen mikroskobik kanser hücrelerine yönelik verilirken ameliyattan önce (neoadjuvan kemoterapi) uygulanır ve amaç tümörü küçültmektir (76). Adjuvan tedaviyi uygulamayarak hedefi olan mikroskobik kanser hücrelerinin büyümesine izin vermek vücudun başka bölgelerinde yeni tümör oluşturma ihtimalini arttırırken, tedaviyi uygulamak meme kanserinin tekrarlama riskini azaltabilir. Aynı şekilde neoadjuvan kemoterapi uygulamak da cerrahinin boyutunu küçülterek ilk fark edildiğinde operasyonla alınamayacak kadar büyük olan, kanserle ilişkili çok sayıda lenf nodu bulunan veya inflamatuar meme kanseri olan kadınları tedavi etmek için kullanılmaktadır. Eğer neoadjuvan KT sonrası cerrahi operasyon geçirip hala kanser hücrelerinden söz ediliyorsa (rezidüel hastalık durumu) nüks olasılığını azaltmak için bu sefer de adjuvan KT verilebilir (76).

Metastatik meme kanserinde de yine kemoterapi ana tedavi olarak kullanılır. Neoadjuvan veya adjuvan olarak uygulanabilir ve bu tedavinin uzunluğu yarattığı etkiye ve kadının tolerasyonuna bağlıdır. Erken evre meme kanserinde en büyük etki kombinasyonlu ilaçlarla görülür. Genellikle iki veya üçlü protokoller oluşturulmaktadır. Metastatik meme kanseri ise genellikle tek kemoterapi ilacı ile tedavi edilir (76).

Verilen kemoterapi ilaçlarının tipine, dozuna ve tedavi süresine bağlı olarak yan etkiler görülebilir. Kemoterapi kan hücrelerini de etkileyerek nötrofil sayısındaki azalma ile enfeksiyon riskinde artışa, trombosit sayısındaki azalışla kanamaya ve yaralanmalara açık hale gelmeye, eritrosit sayısındaki azalış ile de yorgunluğa sebep olabilmektedir. Bunlar dışında en sık saç dökülmesi, tırnak değişiklikleri, ağız yaraları, mide bulantısı ve kusma, iştah ve kilo kaybı ve ishal görülebilir (76).

Kemoterapi, menstrüel siklusu da etkileyerek kalıcı da olabilen erken menopoz ve/veya infertiliteye sebep olabilir. Erken menopoz ise beraberinde kalp hastalıklarını, kemik kaybını ve osteoporoz riskini arttırır. Meme kanserli kadın tedavi görürken menstrüel kanama olmasa bile öncesinde menopoza girmemişse ve cinsel olarak aktif ise gebe kalabilir. Bu nedenle doğum kontrolü sağlanmalıdır (76).

2.2.7.1.2. Hormon Tedavisi

Meme yaşam boyu, fizyolojik olarak hormonların etkisindedir. Meme kanseri hücrelerinin de bu kendi büyümelerine yardımcı olan östrojen (ER+) ve progesterona (PR+) bağlanan proteinlere sahiptir. Hormon tedavisi hormon reseptörü pozitif olan kadınlara uygulanır. Yaklaşık her üç meme kanserli kadının ikisi bu gruptadır. Hormon ya da endokrin tedavisinde amaç, östrojen ile kanser hücreleri uyaran östrojene bağımlı yollar arasındaki etkileşimi engellemektir. Bu farklı yollarla gerçekleşir (76, 81):

1. *Östrojen üretimini engelleyerek:* cerrahi (ooferektomi), radyasyon, kimyasal ajanlar (Luteinizan hormon salgılatan hormon (LHRH) analogları), aromataz inhibitörleri- östrojendeki androjen öncülerinin dönüşüm enzimi)
2. *Östrojenin tümör hücrelerine olan etkisini engelleyerek:* hedefe göre değişik rol göstererek agonist ve/veya antagonist etki (Selektif Östrojen Reseptör Modülatörleri: SERM), ER'ye bağlanarak östrojen reseptörünün bozulması ve aktivitesinin inhibasyonu (Seçici Östrojen Reseptörü İndirgeyici: SERD) (81).

Hormon tedavisi genellikle kanserin tekrarlama riskini azaltmaya yardımcı olmak için ameliyattan sonra adjuvan tedavi olarak kullanılsa da bazen ameliyat öncesi neoadjuvan terapi olarak da başlanır. Genel süresi en az beş yıldır. Bazen (nüks olasılığı fazla düşünülüyorsa ise) beş yıldan uzun süreli alabilir. Metastatik durumlarda da kullanılabilir.

Tamoksifen SERM'lerin en çok kullanılanıdır. HR+ kanserli hücrelerinin ER ve PR yüzdelerine göre tedaviye yanıt değişir. Tedaviye yanıt, tedavi kesilmesine rağmen devam eder ve kemoterapiden bağımsız olarak sağlanan yarara katkı sağlar. Premenopozal (esas olarak bu grup için) ve menopoz dönemindeki kadınları tedavi için kullanılabilir. Yüksek meme kanseri riskli kadınlarda kanser gelişimini azaltmaya yönelik kullanılabilir. DCIS'in aynı memede tekrarlamasını veya her iki memede invaziv meme kanseri gelişme riskini azaltır (81).

Metastaz durumunda ise genel olarak kanserin büyümesini yavaşlatmaya veya durdurmaya yardımcı olması için kullanılır (bu durumda başka bir SERM olan toremifen kullanılmaktadır). Endometriyal hücrelerde ve kemik hücrelerinde östrojen

agonisti, meme kanseri hücrelerinde ise östrojen antagonisti olarak etki gösterir. Böylece endometiyum neoplazmı, uterin sarkomlar ve tromboembolizm (genellikle derin ven trombozu- DVT ve/veya pulmoner emboli- PE) gelişme riski artar. Ateş basması, vajinal kuruluk ya da akıntı ve menstrüel siklus değişiklikleri en sık karşılaşılan yan etkileridir (81).

Metastatik meme kanseri yönetimindeki temel amaç risk faktörlerini (hastalık risk faktörleri; önceki tedaviler ve verilen yanıt, tümör özellikleri, semptom yönetimi, biyolojik faktörler vs. ve hasta risk faktörleri; hastanın kararı, yaş, menopoz durumu, komorbidite varlığı, psiko-sosyo-ekonomik faktörler vs.) değerlendirip optimal tedaviyi seçmektir. HR+ metastatik meme kanserinde, tüm hormon tedavilerin eşdeğer etkinlikte olduğu düşünülmektedir (81).

Aromataz inhibitörleri (AI), androjenlerin östrojene dönüşümünü bloke ederek etki gösterirler. Menopoz öncesi dönemde çoğu overler tarafından salınan östrojen, menopoz sonrası ya da tedaviler nedeniyle bu sistemin çalışmadığı kadınlarda, östrojen hala aromataz adı verilen enzim tarafından yağ hücrelerinde yapılır ve aromataz inhibitörleri de aromatazın bu östrojen yapımını önleyerek çalışır. Tamoksifenden farklı olarak endometrial değişikliklere ve kanser oluşum riskinin artmasına ya da tromboemboli riskine neden olmazlar. Ama benzer şekilde ateş basması, vajinal kuruluk, eklem, kemik ve kas ağrıları yan etkileri görülür (76).

Overlerin baskılanması, menopoz öncesindeki kadınlar için östrojenin ana kaynağı overler olan östrojen üretimini engelleyeceğinden kadını menopoz sonrası hale getirir. Bu da aromataz inhibitörleri gibi tedavilerin kullanılabilirliğini sağlar. İki yolla gerçekleşir ve bunlardan kalıcı olanı cerrahi yolla overlerin çıkarılması işlemidir (ooferektomi). Ooferektomiden daha sık kullanılan tedavi yöntemi olan LHRH agonistleri ilaç grubu ise geçici menopoz durumuna neden olan vücudun overlere östrojen üretimi yapması için gönderdiği uyarıyı durdurarak etki ederler (76).

2.2.7.1.3. Hedefe Yönelik Tedavi

Meme kanseri tedavisinde hedefe yönelik tedaviler, sistemik tedavinin üçüncü basamağını oluşturur ve üç ana başlık altında incelenebilir: ER ve PR'nü hedefleyen

tedaviler, HER-2 + tümörlerde hedefe yönelik tedaviler, HER-2 – tümörlerde hedefe yönelik tedaviler.

Bir onkogen olan HER-2/neu meme kanserinin invaziv şeklinden sorumludur. Meme kanserli hastaların %20'sinde HER-2/neu reseptörünü kodlayan gende amplifikasyon görülmüştür. Yaş oranı düştükçe (40 yaş altı gibi) oran %38'lere çıkabilmektedir. Bu reseptörü inhibe etmesi için geliştirilen trastuzumab ilk antikanser antikorudur. Bu nedenle özellikle hastalıksız sağ kalımı süresi düşük ve kötü prognozlu genç hastalardaki önemi çok büyüktür. HER-2, transmembran tirozin kinaz reseptör ailesinin dört üyesinden biridir. Hücrelerin çoğalması, canlılıklarının devam ettirilmesi gibi işlevleri düzenleyen önemli biyolojik rolleri vardır.

HER-2 proteini meme kanseri hücrelerinin büyümesini düzenlemekte önemli rol oynamaktadır. Meme kanserinin yaklaşık 1/3'ünde (kinaz olarak bilinen) bu protein bulunmaktadır (82). Trastuzumab hedefe yönelik bir ilaçtır ve HER-2 pozitif tümörlü hastaların ameliyat öncesi tedavide en az dokuz hafta bu tedaviyi almaları önerilmektedir (71). Kinazları bloke eden ilaçlara kinaz inhibitörleri denir. Lapatinib bu grup bir ilaçtır ve ileri evre meme kanseri tedavisinde kullanılır (76, 83).

2.2.7.2.Lokal Tedaviler

2.2.7.2.1. Radyoterapi Tedavi

Radyoterapi, kanser hücrelerini gönderdiği yüksek enerjili ışınlar/parçalar ile yok eden bir tedavi yöntemidir. Meme kanseri tedavisinin birinci aşamasında veya diğer faktörlere bağlı olarak bu tedaviye ihtiyaç duyulabilir. Meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınların hepsinde aynı memede ya da diğerinde lenf nodu tutulumunu tekrarlama ihtimalini azaltmak için standart bir uygulamadır (76).

Amaca göre küratif ya da palyatif diye gruplandırılan radyoterapi, kanserin evresine göre eksternal veya brakiterapi şeklinde uygulanabilir. Küratif radyoterapi, neoadjuvan, adjuvan veya operasyon sırasında uygulanabildiği gibi, diğer sistemik tedavilerle eş zamanlı uygulanma gibi değişik tedavi seçenekleri vardır.

1. *Eksternal Tedavi:* En sık kullanılan radyoterapi şeklidir. Hastaya uzaktan ve birkaç alandan verilebilir.

2. *Brakiterapi:* Bu tedavi türünde radyasyon kaynağı hastada lokal olarak ışınlanacak yere konularak tedavi sağlanır. Asıl amaç hastanın sadece ilgili bölgeye yüksek doz tedavi almasını sağlamaktır.

Mastektomiden sonra, özellikle kanser 5 cm'den büyükse, birçok lenf nodu tutulumu varsa veya cilt veya kas gibi bazı bölgelerde tutulum var ise radyoterapi uygulanmaktadır (76).

2.2.7.2.2. Cerrahi Tedavi

Meme kanseri cerrahisi tek başına veya kemoterapi, hormon tedavisi, hedefe yönelik tedavi ve radyasyon tedavisi gibi diğer tedavilerle birlikte kullanılabilir. Meme kanseri cerrahisi, çoğu meme kanseri türü için birincil tedavi yöntemidir. Cerrahinin türü, var olan meme kanserinin tipine, evresine, genel sağkalıma ve hastanın kararı gibi birçok faktöre bağlı olarak değişir (87).

Mastektomi ve meme koruyucu cerrahi seçenekleri, tümörleri çıkarmak için iki farklı cerrahi yöntemidir. Cerrahi yolla yakın etkileşimli lenf nodlarını çıkarmak (lenf nodu diseksiyonu-lenfadenektomi) ve sonrasındaki meme rekonstrüksiyonu cerrahinin diğer iki bileşenidir (88).

2.2.7.2.2.1 Mastektomi

Meme çıkarma ameliyatı olarak da geçen mastektomi, erken ve geç evrede de uygulanabilir oluşu, yüksek riskli hastalarda koruyucu olarak profilaktik olarak seçilmesi nedeni ile meme kanserinin cerrahi tedavisinde kullanılan en sık yöntemdir (87, 88, 89).

2.2.7.2.2.2. Radikal Mastektomi (RM)

Memenin tamamının ve aksiller lenf nodlarının alınmasını içeren ve artık çok nadir uygulanan operasyon çeşididir. Yirminci yüzyılın getirdiği yenilikler neticesinde yıllar içinde radikal operasyonların yeterli yarar sağlamaması, uzun operasyon süreleri ve kozmetik sonuçların kötülüğü, cerrahi tekniklerin değişmesine, küçülmesine gitmeye neden olmuş modifiye radikal mastektomi yapılmaya başlanmıştır (87, 88, 89).

2.2.7.2.2.3. Modifiye Radikal Mastektomi (MRM)

Meme glandının, meme başının (areola dahil), tümör dokusunun, meme derisinin, minör pektoral kas fasyasının korunup sadece majör kas fasyasının ve aksiller lenfatiklerin en-blok çıkarıldığı operasyondur (87, 88, 89).

2.2.7.2.2.4. Total Mastektomi (Basit=Simple Mastektomi)

Meme glandı, meme başı, areola kompleksi, pektoralis majör kas fasyası ve deri dahil olmak üzere tüm memenin çıkarılmasıdır. Sentinel lenf nodu biyopsisinin sonucuna bağlı olarak birkaç aksiller lenf nodu çıkarılabilir. Ulusal Cerrahi Adjuvan Meme ve Bağırsak Projesi (The National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project- NSABP) Protokol B-04'te total mastektomi ve radikal mastektomi arasında hastalıksız sağkalım, nükssüz sağkalım, metastaz olmasan sağkalım veya genel sağkalım yönlerinden fark olmadığı doğrulandıktan sonra total mastektomi daha çok tercih edilen bir yöntem olmuştur (84). Total mastektomi sonrası komplikasyonlar, lokal nüks riski, yara yeri enfeksiyonu, seroma, cilt flebi nekrozu, hematom, kronik ağrı, lenfödem olarak sayılabilir (85).

2.2.7.2.2.5. Çift Mastektomi

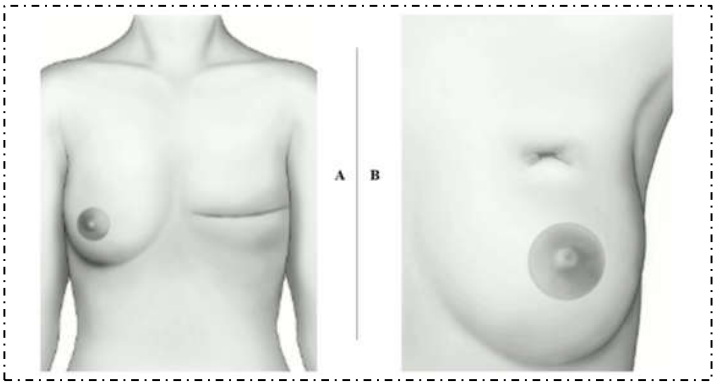
Her iki memeye de total mastektomi yapılmasıdır.

2.2.7.2.2.6. Cilt Koruyucu/ Meme Başı Koruyucu Mastektomi

Rekonstrüksiyon için cildin ve özellikle meme ucunun korunarak tüm meme dokusunun çıkarılması operasyonudur.

2.2.7.2.2.7. Lumpektomi (Meme Koruyucu Cerrahi- MKC)

Meme dokusunun korunduğu, sadece tümörün çıkarıldığı, özellikle genç ve hastalarda hormon reseptörü negatif tümörlü hastalarda uygulanan kozmetik sonuçları diğer yöntemlere göre çok daha iyi olan cerrahi yöntemdir (Şekil 7). Tümörü çıkardıktan sonra memede kalabilecek kanser hücrelerini yok etmek amacı ile lumpektomiden sonra genellikle radyasyon tedavisi önerirler.



Şekil 7: Cerrahi yöntemlerin operasyon sonrası görünümleri; A: Radikal Mastektomi, B: Lumpektomi

Ulusal Cerrahi Adjuvan Meme ve Bağırsak Projesi Protokol B-06 kapsamında, erken evre invaziv meme kanserli kadınlarda (tümör boyu 4 cm'den küçük), mastektomi, meme korucuyu cerrahi (lumpektomi) ve lumpektomi sonrası radyoterapi uygulanmasını (kadınların hepsine aksiller lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştı) karşılaştıran randomize prospektif bir çalışma yürütülmüş. Hastalıksız sağkalım, metastazız sağkalım veya genel sağkalım açısından bir fark bulunamamasına rağmen nüks oranları yalnızca lumpektomi uygulanan kadınlarda yirmi yıl sonra %39,2 oranında artmış, lumpektomi sonrası radyoterapi gören kadınlarda lokal nüks oranı ciddi oranda azalmıştı. Böylece meme koruyucu cerrahi uygulanan kadınlarda tümörü çıkardıktan sonra memede kalabilecek kanser hücrelerini yok etmek amacı ile lumpektomiden sonra radyoterapi uygulaması bakım standardı haline geldi (86).

Memenin yakınındaki lenf düğümlerinden herhangi birinin kanser içerip içermediğini bilmek, tedaviyi ve prognozu belirlemek için yararlı bilgiler sağlayabilir. İki farklı yol ile yapılır: sentinel lenf nodu biyopsisi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu.

2.2.7.2.2.8. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB)

Sentinel lenf nodu çoğunlukla kanserli hücrenin ulaştığı ilk lenf nodudur ve bu uzak organ metastazı riski anlamında bir uyarı işareti oluşturur. Etkilenen lenf nodlarını bulup çıkarmak için tümöre, etrafındaki dokuya veya meme ucunun etrafındaki alana radyoaktif bir madde veya metilen mavisi enjekte edilir. Lenf

damarları, bu maddeleri kanserin var olduğu yerlere taşır ve etkilenen nodlar çıkarılır. Doğru inceleme ile gereksiz lenfatik diseksiyon engellenir ve lenfödem gibi kolda şişmesi, uyuşma ve kol-omuz hareketlerinde kısıtlamaya neden olan olası yan etki riskleri azaltılabilir.

2.2.7.2.2.9. Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu (ALND)

Meme kanserinin öncelikli metastaz yaptığı yer olan aksiller bölgedeki maligniteyi engellemek, lokal nüksü azaltmak, genel sağkalımı arttırmak, evreleme yapmak sonrasında uygulanacak sistemik ve lokal tedavi prensiplerini oluşturabilmek ve prognozu anlayabilmek amacıyla uygulanır.

Ulusal Cerrahi Adjuvan Meme ve Bağırsak Projesi Protokol B-32 kapsamında altı sene süresince 80 merkezde meme kanserli hastalarla gerçekleştirilen en büyük randomize kontrollü çalışmada SLND ve ALND yapılan, sentinel nod biyopsi sonucu negatif gelmiş hastalarda genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım arasında istatiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Ek olarak hareket kısıtlılığı, ağrı gibi semptomlar ve morbiditenin SLND yapılan hastalarda ALND'ye göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (90, 91).

2.3. Yaşam Kalitesi

Sağlığın değerlendirilmesinde hastalık, ölüm ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramların temel alınmasında organ düzeyinde fizyolojik ya da ruhsal bozukluğun saptandığı bireye özgü durumlar belirlenmiştir. Bunun sağlığı ölçme ve değerlendirmedeki yetersizliği ortaya çıktığında kişinin fizyolojik ya da ruhsal patolojilerinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirme ve farkındalık durumu önem kazanmış, bu bağlamda hastayı bütüncül ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halini ölçme girişimleri başlamıştır. Bu da yaşam kalitesi kavramını ortaya çıkarmıştır (92).

Yaşam kalitesi, sübjektif sağlık ve hastalık anlayışına dayanır, çok boyutludur. Genel olarak yaşam kalitesi, mümkün olduğu kadar iyi hissederken kişiye özgü ona iyi gelen şeyleri yapma ve bunlardan zevk alma becerisidir (93). Dünya Sağlık Örgütü, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri,

cinsel işlevleri ve çevreleri ile olan ilişkisinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olarak tanımlamıştır (94).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ortaya çıkmasıyla birlikte sağlık, hastalık ve tedavinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini anlatmak için daha net bir bakış açısı hedef alınmıştır. Bu terim ile sağlıkla ilişkili olmayan (kültürel, sosyal faktörler vesaire) boyutlar dışarıda tutulmak istenmiş olsa da bu boyutlarla sağlıkla ilgili yaşam kalitesi birbirini etkilediğinden sınırları belirlemek zordur (95). Araştırmacılar, son zamanlarda daha çok sağlık çıkarımları ve tedavi sonuçlarının ölçümü üzerine odaklamış bugüne kadar baz alınan morbidite, mortalite ve beklenen yaşam oranına ek olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi neredeyse zorunlu hale gelmiştir (96).

Sağlık araştırmacıları, hastaların tedavi süreç ve sonuçlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapacaksa sağlıkla alakalı yaşam kalitesi sorgulaması gerekmektedir. Bunu yaparken hastaların, günlük aktivite düzeyleri, sosyal ilişkileri ve destekleri, emosyonel durumuna etki edecek semptomlar ve tedavilerin yan etkilerin neden olduğu psikolojik sorunlar ele alınmalıdır.

2.3.1. Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi

Dünyada her yıl iki milyondan fazla kadın yeni meme kanseri tanısı almaktadır (97). Tarama ve tedavi protokollerinin gelişmesiyle artan sağkalım süresinin uzaması, sağlık çalışanlarından bu süreyi uzatması değil, tedaviden önce, tedavi süresince ve sonrasında da hastaların genel iyilik hallerinin korunmasını sağlamaları ve yaşam kalitesini iyileştirmeleri beklenmektedir (7). Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için ise mutlaka hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesi gerekmektedir.

Sağkalımdaki amaç, tanı öncesindeki yaşam kalitesine geri dönmektir. Klinik çalışmalar, kanserin ve tedavisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek üzerinedir ve hastaların duygu durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini ölçer. Tedavinin etkilediği cinsel yaşam, sosyal aktiviteler gibi birçok alan vardır ve yaşam kalitesi konularını dikkate almak tedaviye uyumu da etkiler ve süreç için oldukça gereklidir (8). Meme kanseri tedavi

yöntemlerinin sağ kalım oranları üzerinde olumlu etkisi olmasına rağmen, kanser tedavi yöntemleri aynı zamanda psikolojik, fiziksel ve cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olmakta ve kadınlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini her yönüyle olumsuz yönde etkileyebilmektedir (98, 99).

Meme kanseri hastalarının yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi ameliyatın tipidir. Meme kanseri tanısı almak bile kadınların yaşam kalitesini düşüren bir faktörken, ağrı, nüks korkusu, yorgunluk, beden imajında bozulma, benlik kaygısı, cinsellikle ilgili değişiklikler gibi semptomların yaşam kalitesi üzerinde çok daha fazla etkisi vardır (100). Artan semptom yükü, duygusal çöküşlere ve fiziksel ve sosyal işlevsellik kaybına sebep olur. Bu nedenle semptom yönetimi, meme kanserli hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek için bir yöntemdir (101, 102, 103).

Meme kanserli kadınların yaşam kalitesi çalışmalarının sonuçlarının, tanı, tedavi ve meme kanserinin ilk nüks aşaması olmak üzere meme kanserinin farklı evrelerinde değişiklikler gösterdiği belirlenmiştir (102). Erken evredeki meme kanserli kadınlar, genellikle ileri evre meme kanserli kadınlara kıyasla daha az semptom yaşarlar. İleri evre meme kanseri olan kadınların daha düşük fiziksel, sosyal ve cinsel fonksiyona sahip oldukları daha fazla ağrı ve kol semptomları yaşadıkları görülmüştür (103).

Yılmaz ve Coşkun'un (2019) meme kanserli hastalarda üst ekstremite sorunları ve yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmada günlük yaşam aktivitelerini etkileyen en sık semptomun üst ekstremite fonksiyonuna bağlı olanlar olduğunu göstermiştir ve bunlardan en önemlisi de lenfödemdir (104). İleri evre meme kanseri olan kadınların daha düşük fiziksel, sosyal ve cinsel fonksiyona sahip oldukları daha fazla ağrı ve kol semptomları yaşadıkları görülmüştür (105).

Sonuç olarak, kadınlar için erken tanı ve tedavi yöntemleri artsa da meme kanseri lenfödem, ağrı, üst ekstremite hareket sınırlılıkları, beden imajındaki değişiklikler, erken menopoz, saç dökülmeleri, vajinal kuruluk gibi birçok fiziksel ve psikososyal sorun yaşarlar ve bu da yaşam kalitesiyle birlikte cinsel fonksiyonlarını da etkilemeye başlar.

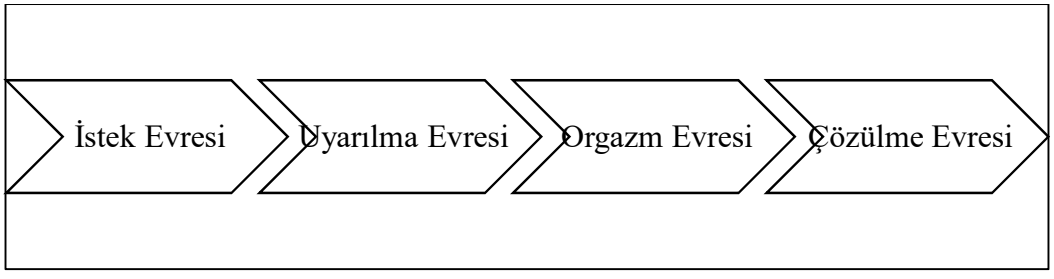
2.4. Cinsel Fonksiyon

2.4.1. Cinsellik

Cinsellik, yaşam kalitesinin önemli bir yönüdür. Doğum öncesinde başlayıp ömür boyu süren, değer, inanç, duygular, davranışlar, fiziksel görünümler ve yaşanılan topluma göre de şekillenen, sadece cinsel organların değil, tüm bedeni ve aklı içeren bir kavramdır (106). Dünya Sağlık Örgütü, cinselliği, yaşam boyunca insan olmanın temel bir yönü olan cinsiyet, cinsiyet kimlikleri ve rolleri, cinsel yönelim, erotizm, zevk, samimiyet ve üremeyi kapsayan biyolojik, psikolojik, sosyal, dini, kültürel, maneviyat gibi birçok faktörden etkilenen yaşam fonksiyonu olarak tanımlamıştır (107).

Cinsel sağlık ise, sadece hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil aynı zamanda cinsellikle ilgili olarak fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal bir iyilik halinin bütünüdür. Zorlama ve ayrımcılığın olmadığı, şiddetten uzak, zevkli ve güvenli deneyimlerin yaşandığı, kişilerin birbirinin cinsel haklarına saygı duyduğu, koruduğu ve yerine getirilmesi ile mümkündür (108) (DSÖ, 2022).

Cinsellikle ilgili yapılan çalışmalar sonucunda bugünkü haline Masters ve Johnson'ın (1966) klinik çalışmaları getirmiş ve insanda fizyolojik uyarana karşı verilen cinsel yanıtı dört aşamada tanımlamıştır (109). Bu tanımlama, aşırı genital odaklılık içerdiği ve ilk cinsel aktivite isteğinin farkındalığı aşamasının eksikliği fark edilmiştir. Günümüzde, cinsel aktivite ihtiyacının hissedilmesinden önce, uyarılma gerçekleşmeden bir dönem olması gerektiğini saptamış ve bu evre "istek evresi" olarak tanımlanmıştır (110). Masters ve Johnson'ın cinsel döngü evrelerini yeniden sınıflandırarak cinsel istek evresini eklenmiş ve plato evresi çıkarılmıştır (Şekil 9) (110).



Şekil 9: Kadında cinsel yanıt diyagramı

2.4.1.1. İstek Evresi

Cinsel yanıt döngüsünün ilk ve en önemli evresidir. İlgi duyduğu cinse yönelik istek ve ilginin oluştuğu, erotik duygu ve düşüncelerin başladığı evredir. Birkaç dakika-birkaç saat arasında sürebilir (111, 112).

2.4.1.2. Uyarılma Evresi

Duygu ve düşünce temelli bedensel ve psikolojik bir uyaran sonucu kadında vazokonjesyon ve myotoni ile karakterize evredir. Uyaranın yoğunluğu ve süresi verilen tepkinin süresi ve şiddeti artar. Uyarılma başladıktan sonra uyarılar pudental sinir ve medulla spinalisin sakral pleksusu ile önce medulla spinalise oradan da beyne iletilir. Uyarılmayla birlikte, klitoris büyür, genişler; bartolin bezlerinden salgılanan mukus ise lubrikasyonu sağlar ve koitus sırasında vajinal kayganlık sağlar (113).

2.4.1.3. Orgazm Evresi

Süre olarak en kısa olsa da kadının cinsel doyum açısından en yüksek yaşadığı evredir. Yaklaşık 3-60 saniye arasında sürer. İlk iki evrede giderek artan kasılmalar, orgazm sona erdikten sonra giderek azalır (111).

2.4.1.4. Çözülme Evresi

Rahatlama evresidir. Uyarıların başlattığı değişiklikler kaybolur. Kalp ve solunum hızı yavaşlayarak normale döner. Vajina daralarak eski halini alır. Eğer kadına yeni bir uyarı verilirse cinsel yanıt tekrar edebilir. Vajina kısalır ve daralır. Kalp atım ve solunum hızı normale döner (113).

Masters ve Johnson cinsel işlev bozukluğunu insan cinsel yanıt döngüsünde tatminkâr cinsel uyarılma ve/veya orgazma ulaşmada yetmezliğe yol açabilecek herhangi bir aksama olarak tanımlarlar. Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED) bu durumu, “cinsel yaşamından tatmin olmama ve bunun sürekli olması haline cinsel işlev bozukluğu” olarak özetlemiştir (114). American Psikiyatri Derneği ise cinsel işlev bozukluklarını; “Kişinin, cinsel istek, beklentiler ve performansına yönelik tutumlarını etkileyebilecek etnik, kültürel, dini ve sosyal yapısı göz önünde

bulundurulmak kaydıyla, cinsel yanıt döngüsünü belirleyen sürecin bozulması ya da cinsel ilişkide ağrı ile karakterize durumlar" olarak tanımlamıştır (115).

2.4.2. Meme Kanserli Kadınlarda Cinsellik

Cinsel Tutum ve Davranışlar Global Gözlem Çalışması'nda, Türkiye'nin de içinde yer aldığı Akdeniz toplumlarının cinsel fonksiyon memnuniyetinin Batı toplumlarına göre daha az olduğu saptanmıştır (116).

Cinsel yaşam kalitesi, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir ve üreme ile cinsel işlevleri etkileyebilen hastalık varlığından kolayca etkilenir. Tüm kanser türlerinde cinsel fonksiyonlarda bozulma olabilmekte ve hastalık sonrası dönemde cinsel sorunlar devam edebilmektedir.

Meme kanseri ve tedavisi, cinsel sağlığı olumsuz etkileyerek beraberinde evlilik/eş ilişkisini bozarak cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir (18). DSÖ'ye göre "sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik hali"dir (117). Dünya Sağlık Örgütü cinsel işlev bozukluğunu bir halk sağlığı sorunu olarak kabul eder ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi, benlik saygısı ve kişilerarası ilişkiler ile ilgili etkileri nedeniyle bu konudaki araştırmalar yapılmasını önermektedir.

Acar'ın yaptığı (2006), meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla hasta ve kontrol gruplarını karşılaştırıldığı bir çalışmada, meme kanserinin, kadın cinsel fonksiyonlarını önemli derecede etkilediğini, meme kanseri olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt boyutlarının daha alt düzeyde olduğu bulunmuştur (118). Meme kanserli kadınların cinsel birleşme sırasında rahatsızlık ve orgazm problemleri yaşadıklarını (19), tedavi sonrası cinsel birleşme sıklığının azaldığı (21) ve kadınlarda cinsel disfonksiyon geliştiği görülmüştür (118).

Meme kanseri tedavileri allopasi, memede şekil bozukluğu, lenfödem, cilt dokusunda değişiklikler, vajinal kuruluk, kırılganlık hissi ve benlik saygısı ve kadınsılık kaybı gibi büyük fiziksel ve psikolojik değişikliklere neden olurlar (119). Meme kanseri tedavi yöntemlerinin sağkalım oranları üzerinde olumlu etkisi olmasına rağmen, kanser tedavi yöntemleri aynı zamanda psikolojik, fiziksel ve

cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olmakta ve kadınlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (50, 120).

Cerrahi tedavinin cinsel işlevi etkileme derecesi, cerrahi işlem türüne (meme koruyucu cerrahi, mastektomi, aksiller düğümün çıkarılması) göre değişiklik gösterebilmektedir.

Arıcan ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise meme kanseri kadınların tedavi sonrası %41'nin cinsel işleyişinde bir bozulma yaşadığı sonucuna varmışlardır. Çalışma, bu bozukluğun nedenini; %80 oranında libido kaybı, %54 oranla eşe ilgi göstermeme ve %59 oranla cinsel memnuniyetsizlik olarak göstermiştir (19). Meme koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda cinsel istek %61 oranında belirtilirken, mastektomi uygulanan kadınlarda %80 oranında daha fazla görülmüştür. Ayrıca kadınların %80'i büyün olarak görünümlerinden memnun olsa da çıplak vücudunu seven kadınların orası %54 olarak saptanmıştır (19).

Cinsel sağlık, kemoterapi ve hormonal tedavinin hipoestrojenizme ve vajinal atrofiye neden olabileceğinden ötürü kötü etkilenebilmektedir (121). Gökgöz ve arkadaşları (2011) çalışmasında, aktif kemoterapi alan hastaların genel sağlık- yaşam kalitesi, fiziksel işlevsellik, rol işlevsellik, sosyal işlevsellik ve cinsel işlevsellik oranlarının sadece hormon tedavisi alanlara göre anlamlı derecede farklı olduğunu saptamışlardır (105). Kemoterapinin, kadınlara olan olumsuz etkileri nedeniyle, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin, öz bakım ve yaşam kalitesini iyileştirmek için psikososyal destek ve bakım uygulamaları ve kanserli kadınları, hastalıkları ve kemoterapileri boyunca desteklemeleri gerekmektedir (105). Radyoterapinin de benzer şekilde yorgunluk ve cilt eritemine, ayrıca şişmeye ve göğüs asimetrisine neden olarak cinsel sağlığı etkilemektedir (122).

Tedavi sonrası cinsel birleşme sıklığının azaldığı ve kadınlarda cinsel disfonksiyon geliştiği görülmüştür. Klinik uygulamada meme kanseri tedavisi gören kadınların yaşam kalitesi özellikle de cinsel fonksiyonlarının yeterince ele alınmadığını görmekteyiz. Halley ve arkadaşları (2014) cinsel sağlığın daha fazla tartışılması ve tedavisinin önlenmesinin önünde üç engel olduğunu söylemiştir (123). Bunlardan ilki, hastaların dile getirdiği cinsel işlevle ilgili konular genellikle küresel bir sorun olarak kabul edilmek yerine kendi fiziksel alanında kalmaktadır. İkinci olarak, hastalar genel olarak bu sorunlar için kime ve nereye başvuracaklarını

bilmemektedir. Üçüncü ve son olarak ise tedavi sırasında hizmetlere erişim, kanser tedavisi ve diğer bakım gereksinimleri arasındaki kopukluktan dolayı çoğu zaman mümkün değildi. Sonuç olarak, cinsel işlev bozukluğu genellikle karşılanmamakta olan bir şikayettir (123, 124).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, meme kanserli kadınların yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonunun sağlıklı kadınlarla arasındaki farkı incelemek amacıyla yürütülen tanımlayıcı ve vaka-kontrol tipte bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin, onkoloji polikliniğinde, genel cerrahi anabilim dalı kolorektal polikliniğinde ve Gündüz Tedavi Merkezi'nde Eylül 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında kurum ve etik kurul izni alından sonra yürütülmüştür.

Tablo 6: Araştırma planı

Eylül-Kasım 2019	Literatür Tarama Tez Önerisi Hazırlama
Aralık 2019	Tez Önerisinin Sunumu ve Kabulü
Ocak 2020	Etik Kurul Onayı
Şubat 2020	Kurum İzni
Eylül 2020-Haziran 2021	Veri Toplama
Eylül- Ekim 2022	Veri Analizi
Kasım-Aralık 2022	Tez Yazım Aşaması

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin, onkoloji polikliniğine ve Gündüz Tedavi Merkezi'ne gelen meme kanserli kadınlar vaka grubunu, genel cerrahi anabilim dalı kolorektal polikliniğine gelen sağlıklı kadınlar da kontrol grubuna ait evreni oluşturmaktadır.

Örneklem sayısı Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin, onkoloji polikliniğine ve Gündüz Tedavi Merkezi'ne bir yıl içinde gelen meme kanseri olan kadınlar üzerinden %95 güven aralığında, %5 hata payı ile evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Bir yıl içinde gelen

meme kanserli kadın sayısı ortalama 600'dür. Evreni bilinen örneklem formülü 3.3'e göre;

[n= N.t2. p. q / d2. (N-1) + t2. p. Q]

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (600)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.50)

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0.50)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

[n= 600. (1.96)2. (0.50). (0.50) / (0.05)2. (600-1) + (1,9616)2. (0.50). (0.50)]

n= 230 kişi (minimum örneklem sayısı)

Araştırmanın vaka grubuna ait örneklemini belirtilen kliniklerde takip edilen ve örneklem kriterlerine uyan minimum 230 meme kanserli kadın; genel cerrahi-kolorektal polikliniğine gelen örneklem kriterlerine uyan 230 sağlıklı kadın da kontrol grubuna ait örneklemi oluşturmaktadır.

Tablo 7: Vaka grubu seçim kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri
▪ Okur-yazar olmak ▪ Türkçe bilmek ▪ 18-65 yaş aralığında olmak ▪ Cinsel aktif olmak ▪ Tanı ya da cerrahi operasyonun üzerinden en az altı ay geçmiş olması ▪ Cinsel fonksiyon bozukluğu tanısının olmaması	▪ Psikiyatrik tanısı olması ▪ Metastazı olması ▪ İkincil bir kanseri olması ▪ Eşinde (partnerinde) cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı olması

Tablo 8: Kontrol grubu seçim kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri
▪ Okur-yazar olmak ▪ Türkçe bilmek ▪ 18-65 yaş aralığında olmak ▪ Cinsel aktif olmak ▪ Geçirilmiş ya da devam eden herhangi bir kanser tanısı olmaması ▪ Cinsel fonksiyon bozukluğu tanısının olmaması	▪ Psikiyatrik tanısı olması ▪ Eşinde (partnerinde) cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı olması

3.4.Çalışma Materyali

Araştırmada herhangi bir çalışma materyali kullanılmamıştır.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Meme kanserli olma durumu

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Meme kanserli kadınların yaşam kalitesi ve meme kanserli kadınların cinsel fonksiyon düzeyleri

3.6.Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onam formu (Ek 8.1) imzalatılmıştır. Araştırma verilerinin elde edilmesinde,

1. Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 8.2)
2. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Cancer Research and Treatment Quality of Life Questionnaire-30- EORTC QLQ-C30) (Ek 8.3)
3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast-Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire-BR23- EORTC QLQ-BR23) (Ek 8.4)

4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)- Kadın Formu (Ek 8.5) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 8.2)

Bu form, literatür doğrultusunda hazırlanmış olup (125), meme kanserli kadınlar ile kontrol grubu kadınların sosyodemografik özelliklerini, obstetrik özelliklerini, öz ve soy geçmiş hastalık ve kanser varlığı özelliklerini, cinsel yaşam sıklığı memnuniyetinin değerlendirilmesini içeren toplam 20 soru ve ek olarak yalnızca meme kanserli kadınların formlarında yer alan meme kanseri öyküsünü içeren toplam 30 soruluk bir formdur.

3.6.2. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Cancer Research and Treatment Quality of Life Questionnaire-30- EORTC QLQ-C30) (Ek 8.3)

Bu ölçeğin 3 versiyonu bulunmakta olup Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu (EORTC) Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından yayınlanmıştır (126). Fayers ve arkadaşlarının geliştirdiği son versiyonu olan 3.0 versiyonunun Türkçe geçerlik güvenirliğini ise 2011 yılında Demirci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (126, 127).

EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde toplamda 30 soru bulunmaktadır. İlk 28 madde 1: Hiç, 2: Biraz, 3: Oldukça, 4: Çok şekilde puanlandırılmaktadır. Bu 28 madde fonksiyonel (fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, duygusal fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon) ve semptom (yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı, konstipasyon, diyare, finansal zorluklar) olmak üzere iki alt boyuta ayrılmaktadır. Fonksiyonel alt boyutta puanın yükselmesi yaşam kalitesinin arttığını, semptom alt boyutunda ise puanın düşmesi yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

İlk 28 sorudan alınabilecek en düşük puan 28 en yüksek puan 112'dir. Ancak hesaplamada alınan puanlar 100 üzerinden hesaplanarak verilmektedir. Bu durumda en düşük puan 0 en yüksek puan 100 olmaktadır. Fonksiyonel ve semptom alt boyutların bulunduğu ilk 28 soru, 1-4 arasında puanlandırılmıştır.

Ölçeğin kalan son iki maddesi (29 ve 30. Soru) 1'den 7'ye (1: Çok kötü ve 7: Mükemmel) kadar sıralanmış rakamlardan oluşmaktadır. Burada kadının kendine uygun rakamı işaretlemesi istenmektedir. 29. soru genel sağlık durumunu, 30. soru ise genel yaşam kalitesini ölçmektedir. Bu iki sorunu hesaplanması da diğer 28 maddenin hesaplanması gibidir ve 100'e dönüştürülerek ifade edilmektedir.
Bu iki sorudan alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (128).

Tablo 9: EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Puan Hesaplaması

EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği		**Puan Hesaplaması**
Fonksiyonel Alt Boyut		
Fiziksel Fonksiyon Rol Fonksiyon Duygusal Fonksiyon Bilişsel Fonksiyon Sosyal Fonksiyon	1, 2, 3, 4, 5. Sorular 6 ve 7. sorular 21, 22, 23, 24. sorular 20. ve 25. sorular 26. ve 27. sorular	Toplam 15 Soru Ham Puan= 15 Sorunun Toplamı/15 En Yüksek Puan=4 En Düşük Puan=1 Aralık=3 Fonksiyonel Skor (FS) = [1-(Ham Puan-1) /Aralık] X 100
Semptom Alt Boyut		
Yorgunluk Bulantı Kusma Ağrı Dispne Uykusuzluk İştah Kaybı Konstipasyon Diyare Finansal Zorluklar	10, 12, 18. Sorular 14, 15. Sorular 9 Ve 19. Sorular 8. Soru 11. Soru 13. Soru 16. Soru 17. Soru 28. Soru	Toplam 13 Soru Ham Puan= 13 Sorunun Toplamı/13 En Yüksek Puan=4 En Düşük Puan=1 Aralık=3 Semptom Skoru (SS) = [(Ham Puan-1) /Aralık] X 100
Genel Sağlık	29-30. Sorular	Toplam 2 Soru Ham Puan= 2 Sorunun Toplamı/2 En Yüksek Puan=7 En Düşük Puan=1 Aralık=6 Genel Sağlık Skoru (GSS) = [(Ham Skor-1) /Aralık] x 100

Demirci ve arkadaşları yaptıkları geçerlilik güvenirlilik çalışmasında Cronbach α'yı 0.7'den büyük, güvenilir şekilde bulmuşlardır (127).

3.6.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast-Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire-BR23- EORTC QLQ-BR23) (Ek 8.4)

Bu ölçek, Sprangers ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş (129), Demirci ve arkadaşları tarafından 2011'de Türkçe geçerlilik-güvenirliliği yapılmış olup hastalık semptomlarını, tedavinin yan etkilerini beden imajını, cinsel işlevi ve gelecekteki bakış açısını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (127).

Ölçekte 23 soru bulunmakta ve fonksiyonel (beden imajı, cinsel işlev, cinsel zevk, geleceğe bakış açısı) ve semptom (sistemik terapi yan etkileri, meme semptomları, kol semptomları, saç dökülmesi) olmak üzere iki alt boyutu vardır. Bu ölçekte de semptomlar ve fonksiyonel durumların puanlaması aynı EORTC QLQ-C30 ölçeğindeki semptomlar ve fonksiyonel durumları puanlaması gibidir (126). Sorulardan alınabilecek en düşük puan 23 en yüksek puan 92'dir. Ancak hesaplamada alınan puanlar 100 üzerinden hesaplanarak verilmektedir. Bu durumda en düşük puan 0 en yüksek puan 100 olmaktadır.

Tablo 10: EORTC-QLQ-BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Puan Hesaplaması

EORTC-QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği		**Puan Hesaplaması**
Fonksiyonel Alt Boyut		
Beden İmajı	9, 10, 11, 12. Sorular	Toplam 8 Soru Ham Puan= 8 Sorunun Toplamı/8 En yüksek Puan=4 En düşük puan=1 Aralık=3 Fonksiyonel Skor (FS) = [1-(Ham Puan-1) /Aralık] x 100
Cinsel İşlev	14 Ve 15. Sorular	
Cinsel Zevk	16. Soru	
Geleceğe Bakış Açısı	13. Soru	
Semptom Alt Boyut		
Sistemik Terapi Yan Etkileri	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8. Sorular	Toplam 15 Soru Ham Puan=

Meme Semptomları	20, 21, 22, 23. Sorular	15 Sorunun Toplamı/15 En yüksek Puan=4 En düşük puan=1 Aralık=3 Semptom Skoru (SS) = [(Ham Puan-1) /Aralık] X 100
Kol Semptomları	17, 18, 19. Sorular	
Saç Dökülmesi	5. Sorular	

Fonksiyonel alt boyut sorularından 4 ve 16. sorular, bir önceki soruların cevabı "hiç" ise atlanacaktır. Bu ölçekte de semptomlar ve fonksiyonel durumların puanlaması EORTC QLQ-C30 ölçeğindeki semptomlar ve fonksiyonel durumları puanlaması ile aynıdır (128).

Fonksiyonel alt boyutta puanın yükselmesi yaşam kalitesinin arttığını, semptom alt boyutunda ise puanın düşmesi yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Demirci ve arkadaşları tarafından, meme kanserli hastalarda Türkçe geçerlik-güvenirliliği yapılan çalışmada Cronbach α'yı 0.7'den büyük, güvenilir; meme ve kol semptomları ölçeğini (sırasıyla Cronbach α'yı 0.65 ve 0.61) daha az güvenilir bulmuşlardır (127).

3.6.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)- Kadın Formu (Ek 8.5)

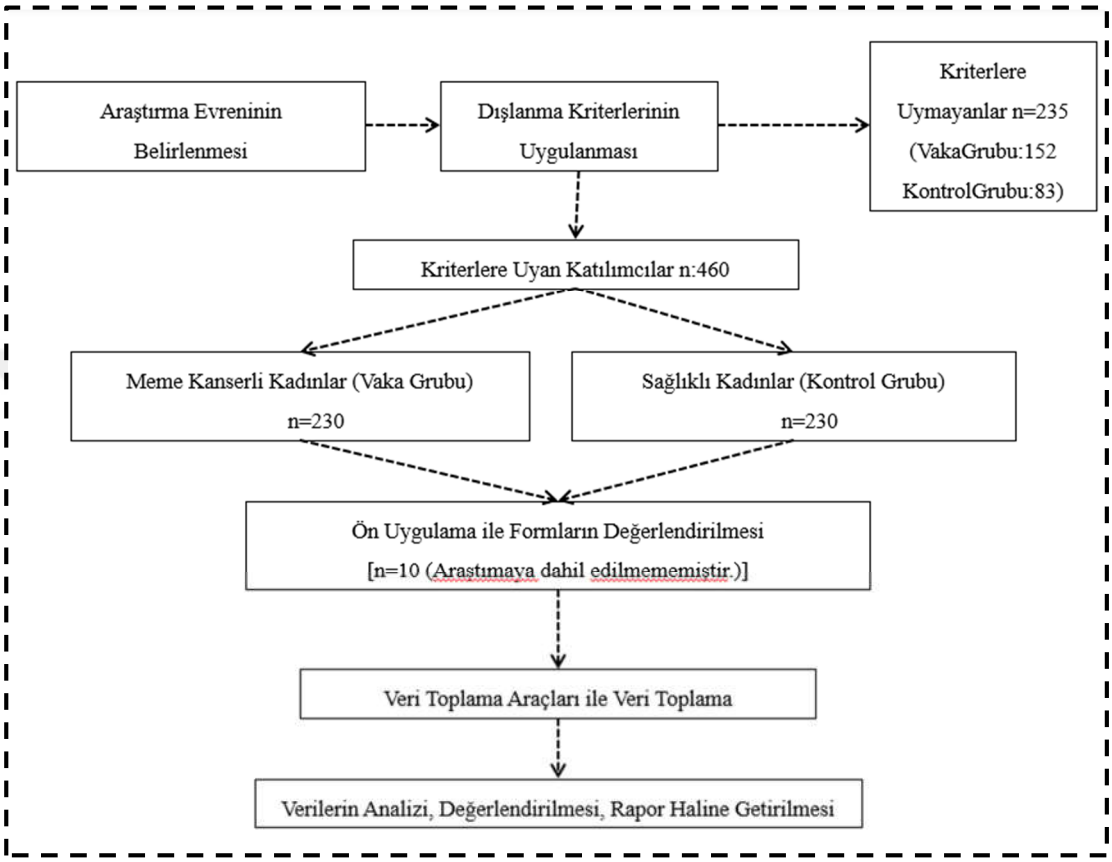
2000 yılında McGahuey ve arkadaşlarının, psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde meydana gelen değişiklik ve bozukluk değerlendirmek amacıyla geliştirdiği bir ölçektir (130). Kadın ve erkek olmak üzere iki ayrı formu bulunmaktadır. Çalışmada kullanılan kadın formunda 5 soru bulunmaktadır. Her sorunun 1 ile 6 arasında değişen puanlaması mevcuttur. Kadın en düşük 5, en yüksek 30 puan alabilir. Düşük puan alması cinsel fonksiyonun iyi olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda, Soykan'ın (2004) yaptığı Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasına göre Cronbach α'nın 0,92 ile güvenilir bulunması sebebiyle ve bu soruların günümüzde geçerli olan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10 (International Classification of Disease 10- ICD-10) cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini 45 karşılamasından dolayı bu ölçek kullanılacaktır (131).

Araştırmamızda EORTC QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, EORTC QLQ-BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar

Ölçeği'ni Türkçe geçerlilik-güvenirliğinin yapılmış olması, yalın bir dili oluşu ve soruların cevabının araştırma sorularını karşılıyor olması sebebiyle tercih edilmiştir.

Araştırmanın akış şeması şekil 9'da verilmiştir.



Şekil 9: Araştırmanın akış şeması

3.7.Veri Toplam Yöntemi

Araştırmanın verileri, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin; onkoloji polikliniği, genel cerrahi anabilim dalı kolorektal polikliniği ve Gündüz Tedavi Merkezi'ne Eylül 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında başvuran ve örneklem kriterlerine uyan kadınlara araştırmanın amacı açıklanmıştır. Kolorektal poliniğinde toplanan veriler poliklinik odasında yalnızca katılımcı ve araştırmacı eşliğinde, onkoloji polikliniğinde toplanan veriler bekleme salonunda diğer hasta ve yakınlarından ayrı bir bölümde, Gündüz Tedavi Merkezi'nde toplanan veriler ise hastalar tedavi aldığı esnada yalnız katılımcı ve araştırmacı eşliğinde yüz yüze görüşme tekniği ile ortalama 15-20 dakikada toplanmıştır.

Araştırmada hem vaka hem de kontrol grubundan 10'ar kadına ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonucu değişiklikler yapılmıştır. Araştırmaya ön uygulama grubu dahil edilmemiştir.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Tüm veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences) for Windows 22 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Verilerin normallik testi Kolmogorov-Smirnov kullanılmış ve normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerleri ve histogram grafiğinden yararlanılmıştır. Sayısal değişkenler ortalama standart sapma ile kategorik değişkenler yüzde ve frekans ile belirtilmiştir. Bağımsız iki grup karşılaştırmasında normal dağılımlı veriler için t-testi (bağımsız gruplarda t testi), ilişkisiz iki ya da daha fazla grupların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, farkın kaynağının belirlenmesi için post hoc testlerinden Tukey kullanılmıştır. Varyansın homojenliğini belirlemek için Levene istatistiği kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye Pearson ve Spearman korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. İstatistiksel değerlendirme, %95 güven aralığında $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Planlanan veri toplama süreci içerisinde Covid-19 pandemisi başlamış olup polikliniğe gelen hasta sayısı sınırlandırılmıştır. Bu nedenle meme kanserli hastalara ulaşım zorlaşmış, veri toplama sürecine bu aşamada ara verilmek durumunda kalınmıştır. Ayrıca araştırmanın sağlıklı kadın grubunun verileri kolorektal polinkliniğinde toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına bu durumun etki ettiği düşünüldüğünden araştırmanının sınırlılığı kabul edilmiştir.

3.10.Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20.01.2020 tarih ve 2020/01-16 karar no ile izin alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden kurum izin alındı. İzinler Ek 8. 6'da yer almaktadır.

4. BULGULAR

Meme kanserli kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi amacıyla vaka-kontrol çalışması olarak yapılan araştırmamızda aşağıda verilen bulgular elde edilmiştir. Bu bulgular;

1. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
3. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
4. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanları Arasındaki İlişki
5. Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular
6. Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanları Arasındaki İlişki
7. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarını ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması
8. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisi
9. Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarını ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması
10. Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisi

Başlıkları altında ele alınacaktır.

4.1.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özeliklerine göre karşılaştırılması Tablo 11'de verilmiştir. Meme kanserli ve sağlıklı kadınların tanıtıcı özelikleri bakımından homojen olduğu görülmüştür (p>0.05).

Tablo 11: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

ÖZELLİKLER	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		Test Değeri	p#
	n	%	n	%		
Yaş						
30 Yaş ve Altı	2	0,9	52	22,6	3,169	0,530
31-49 Yaş	155	67,4	149	64,8		
50 Yaş ve Üzeri	73	31,7	29	12,6		
X̄ ± SD	46,76±6,69		38,63±8,98			
Minimum-Maksimum	26-61		22-62			
Beden Kitle İndeksi						
25 kg/m^2 ve Altı	97	42,2	131	57,0	9,339	0,053
25,1 kg/m^2 – 29,9 kg/m^2	77	33,5	60	26,1		
30 kg/m^2 ve Üzeri	56	24,3	39	17,0		
Yaşanılan Yer						
İl	108	46,96	126	54,78	2,029	0,730
İlçe	116	50,43	102	44,35		
Köy	6	2,61	2	0,87		
Eğitim						
İlköğretim Mezunu	23	10,01	4	1,74	3,987	0,678
Lise Mezunu	85	36,96	72	31,30		
Üniversite Mezunu	122	53,04	154	66,96		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	111	48,26	201	87,39	0,629	0,428
Çalışmıyor/Emekli	119	51,74	29	12,61		
Ortalama Geliri						
Gelir Giderden Az	5	2,17	2	0,87	0,166	0,997
Gelir Gidere Eşit	221	96,09	226	98,26		
Gelir Giderden Fazla	4	1,74	2	0,87		
Medeni Durum						
Evli	225	97,83	197	85,65	0,856	0,355
Bekâr (Partneri Var)	5	2,17	33	14,35		
Eşinin Çalışma Durumu						
Çalışıyor	214	93,04	220	95,65	0,782	0,377
Çalışmıyor/Emekli	16	6,96	10	4,35		
İlişki Süresi					10,555	0,307

1 Yıldan Az (6 Aydan Fazla)	3	1,30	10	4,35		
1-5 Yıl	19	8,26	43	18,70		
5-10 Yıl	43	18,70	47	20,43		
10 Yıldan Fazla	165	71,74	130	56,52		
Ebeveynlik Durumu						
Var	214	93,04	168	73,04	0,161	0,688
Yok	16	6,96	62	26,96		
Menarş Yaşı*	**n=226**		**n=225**			
<13 Yaş	124	54,9	93	41,3	32,449	0,967
13-15 Yaş	100	44,2	130	57,8		
>15 Yaş	2	0,9	2	0,9		
X̄ ± SD	13,0±1,24		13,4±1,0			
Minimum-Maksimum	10-16		10-16			
Menopoz Durumu						
Evet	156	67,83	38	16,52	1,503	0,220
Hayır	74	32,17	192	83,48		
Menopoza Girme Zamanı**	**n=156**		**n=36**			
6 Aydan Az Süredir	2	1,28	3	8,33	0,122	0,059
6-12 Aydır	22	14,10	5	13,88		
12 Aydan Fazla Süredir	132	84,61	28	77,77		
Pelvik Bölge Cerrahi Öyküsü						
Evet	21	9,13	11	4,78	1,141	0,285
Hayır	209	90,87	219	95,22		
Kronik Hastalık Varlığı						
Var***	71	30,87	65	28,26	0,88	0,767
Yok	159	69,13	165	71,74		
Ailede Kanser Öyküsü						
Var	101	43,91	93	40,43	0,002	0,965
Yok	129	56,09	137	59,57		
Ailede Meme Kanseri Öyküsü						
Var	59	25,65	73	31,74	0,008	0,929
Yok	171	74,35	157	68,26		

#Ki Kare analizi
**Hatırlamayan kadınlar nedeniyle n farklı belirlenmiştir.*
***Menstrüel siklusu devam eden kadınlar çıkarıldığı için n farklı belirlenmiştir.*
****En çok bildirilen kronik hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon, diyabet, hipotiroidi, astım.*

Meme kanserli grupta araştırmaya katılan kadınlar 26-61 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 46,76±6,690'dır. Katılımcıların %50,43'ü (n:116) ilçede yaşamakta, %97,83'ü (n:225) evli, %71,74'ünün (n:165) eşi/partneri ile ilişki süresi 10 yıldan fazla, %93,04'ünün (n:214) çocuğu var, %53,04'ü (n:122) üniversite mezunu, %96,09'unun (n:221) geliri giderine eşit, %51,74'ü (n:119) herhangi bir işte çalışmıyor ya da emekli, %93,04'ünün (n:214) eşi çalışıyor şeklinde dağılım göstermiştir. BKİ ortalamaları ise 26.29±5,1 ve menarş yaşı ortalama 12,86±2,11

olarak saptanmıştır. Kadınların %67,83'ünün (n:156) menopoz döneminde olduğu, %57,39'unun (n:132) 12 aydan fazla süre önce menopoza girdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %90,87'si pelvik bölge cerrahisi geçirmemişti. Kadınların %69,13'nün (n:159) kronik bir hastalığı yoktu. %43,91 (n:101)'inin ailesinde kanser öyküsü var iken ailesinde meme kanseri olan kadın oranı %25,65 (n: 59) idi.

Kontrol grubunu oluşturan sağlıklı kadınlar, 22-62 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 38,63±8,980'dir. Katılımcıların %54,78'i (n:126) ilde yaşamakta, %85,65'i (n:197) evli, %56,52'sinin (n:130) eşi/partneri ile ilişki süresi 10 yıldan fazla, %73,04'ünün (n:168) çocuğu var, %66,96'sının (n:154) üniversite mezunu, %98,26'sının (n:226) geliri giderine eşit, %87,39'u (n:201) çalışıyor, %95,65'inin (n:220) eşi çalışıyor şeklinde dağılım göstermiştir. BKİ ortalamaları ise 24,97±5,095 ve menarş yaşı ortalama 13,16±2,23 olarak saptanmıştır. Kadınların %16,52'sinin (n:38) menopoz döneminde olduğu, %12,17'sinin (n:28) 12 aydan fazla süre önce menopoza girdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %95,22'si (n:219) pelvik bölge cerrahisi geçirmemişti. Kadınların %71,74 (n:165) kronik bir hastalığı yoktu. Araştırmaya dahil olan kadınların %40,43 (n:93)'ünün ailesinde kanser öyküsü var iken ailesinde meme kanseri olan kadın oranı %31,74 (n: 73) olarak saptanmıştır.

Tablo 12: Meme Kanserli Kadınlara Ait Hastalık ve Tedavilere İlişkin Bulgular

Değişkenler	**n**	**%**
Tanı Alma Zamanı		
6-12 ay	64	27,83
12 aydan fazla	166	72,17
Tedavi Alma Durumu		
Almış	228	99,13
Almamış	2	0,87
Kemoterapi Tedavisi Durumu*		
Almış	228	99,13
Almamış	2	0,87
Radyoterapi Durumu*		
Almış	112	48,70
Almamış	118	51,30
Hormon Tedavisi Durumu*		
Almış	118	51,30
Almamış	112	48,70
Cerrahi Tedavi Durumu*		
Almış	209	90,87
Almamış	21	9,13

**Birden fazla işaretleme vardır.*

Tablo 12'de vaka grubunu oluşturan meme kanserli kadınların hastalık ve tedaviye yönelik sorulara ilişkin bulgular gösterilmiştir. Kadınların %72,17'si (n:166) 12 aydan fazla süre önce tanı almış, %99,13'ü (n:228) meme kanserine yönelik tedavi almış/almakta olarak bulunmuştur. Tedavi alan kadınların %48,70'inin (n: 112) radyoterapi, %51,30'unun (n:118) radyoterapi, %90,87'sinin (n:209) cerrahi, %99,13'ünün (n: 228) kemoterapi aldığı bulunmuştur.

Tablo 13: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Cinsel Yaşamına İlişkin Bilgileri

Değişkenler	Meme Kanserli Kadınlar		Sağlıklı Kadınlar		Test Değeri	p
	n	%	n	%		
Cinsel İlişki Sıklığı						
Haftada 2'den Fazla	1	0,43	34	14,78	2,105	0,990
Haftada 1-2 Kez	24	10,43	30	13,04		
Ayda 2-3 Kez	65	28,26	107	46,52		
Ayda 1 ve Daha Az	140	60,86	59	25,65		
Cinsel Yaşam Memnuniyeti (Son Altı Ay)						
Memnun Değilim	11	4,78	37	16,09	8,280	0,506
Biraz Memnunum	107	46,52	28	12,17		
Memnunum	99	43,04	111	48,26		
Çok Memnunum	13	5,65	54	23,48		

**Ki kare analizi, p<0,05*

Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşamına ilişkin karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir. Meme kanserli ve sağlıklı kadınların cinsel yaşamına ilişkin bilgileri bakımından homojen olduğu görülmüştür (p>0.05).

Meme kanserli kadınların %60,86'sının (n: 140) cinsel ilişki sıklığı ayda bir veya daha az şekildedir. Kadınların son altı aydaki cinsel yaşamlarından duydukları memnuniyet sorulduğunda %46,52'si (n: 107) "biraz memnunum", %43,04'ü (n: 99) "memnunum" cevabını vermiştir.

Sağlıklı kadınların, %46,52'sinin (n: 107) cinsel ilişki sıklığı ayda 2-3 kez şekildedir. Kadınların son altı aydaki cinsel yaşamlarından duydukları memnuniyet sorulduğunda %48,26'sı (n: 111) "memnunum" şeklinde yanıtlamıştır.

Tablo 14: Meme Kanserli Kadınların Kanser Süreciyle İlişkili Cinsel Yaşam Özellikleri

Değişkenler	**n**	**%**
Tanı Öncesi Cinsel Problem Varlığı		
Var	-	-
Yok	230	100,0
Tedavi Sonrası Cinsel Problem Varlığı		
Var	171	74,35
Yok	59	25,65
Problemin Neden Olduğu Tedavi*		
Kemoterapi	140	27,24
Radyoterapi	25	4,86
Hormon Terapisi	88	17,12
Cerrahi Tedavi	90	17,51
Tanı Sonrası Cinsel Yaşam Memnuniyeti		
Memnun Değilim	17	7,39
Biraz Memnunum	107	46,52
Memnunum	95	41,30
Çok Memnunum	11	4,78
Bilgilendiren Sağlık Çalışanı*		
Doktor	189	72,97
Hemşire	10	3,86
Cinsel Terapist	1	0,39
Diğer	23	8,88
Bilgilendirilmedim	38	16,5

**Birden fazla işaretleme yapılmıştır.*

Tablo 14'te meme kanserli kadınların kanserle ilişkili cinsel yaşamına yönelik sorulara ilişkin bulgular gösterilmiştir. Kadınların tamamı tedavilerden önce cinsel probleminin olmadığını, %74,35'i (n: 171) tedavilerden sonra cinsel problem yaşadığını belirtmiştir. Kadınlar, tedavi sonrası gelişen cinsel problemin; %27,24 (n:140) oran ile "kemoterapi nedeniyle", %17,51 (n:90) oran ile "cerrahi tedavi nedeniyle", %17, 12 (n:88) oran ile "hormon tedavisi nedeniyle", %4,86 (n: 25) oran ile "radyoterapi nedeniyle" olduğunu bildirmişlerdir.

Tedavilerle ilişkili cinsel yaşam hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiğini söyleyen kadın oranı %83,5 (n: 192) iken kadınların en fazla %72,97 (n: 189) oranında doktorlardan bilgi aldıkları, %3,86 (n: 10) oranında ise hemşireler tarafından bilgilendirildikleri saptanmıştır. Bilgilendirilmemiş kadınların %94,73 (n: 36)'ü bilgilendirilmiş olmak istediklerini belirtmiştir.

4.2.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 15: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Meme Kanserli Kadınlar $\bar{X}$±ss	Sağlıklı Kadınlar $\bar{X}$±ss	t	sd	p
Fonksiyonel Alt Boyut	**76,75±11,72**	**91,53±7,75**	**-15,94**	**458**	**0,01**
Fiziksel Fonksiyon	74,61±15,66	90,90±8,65	-13,81	458	**0,01**
Duygusal Fonksiyon	73,30±16,48	91,67±13,38	-13,13	458	**0,01**
Bilişsel Fonksiyon	90,65±13,06	95,58±8,16	-4,85	458	**0,01**
Rol Fonksiyon	79,42±20,64	87,10±14,79	-4,59	458	**0,01**
Sosyal Fonksiyon	72,46±22,58	93,19±13,38	-11,98	458	**0,01**
Semptom Alt Boyut	**59,42±13,31**	**8,75±8,05**	**49,40**	**458**	**0,01**
Yorgunluk	28,63±18,24	13,35±8,84	11,43	458	**0,01**
Bulantı Kusma	15,44±21,46	4,28±11,22	6,99	458	**0,01**
Ağrı	26,59±23,45	12,61±21,98	6,60	458	**0,01**
Dispne	35,51±25,31	10,14±15,99	12,85	458	**0,01**
Uykusuzluk	18,84±22,08	6,81±13,82	7,00	458	**0,01**
İştah Kaybı	24,93±27,46	1,59±7,13	12,47	458	**0,01**
Konstipasyon	8,55±19,44	14,35±24,96	-2,78	458	**0,01**
Diyare	3,91±10,75	4,49±14,75	-0,48	458	**0,63**
Finansal Zorluk	23,04±31,70	2,46±12,79	9,13	458	**0,01**
Genel İyilik Hali	**21,90±11,51**	**77,14±15,61**	-43,19	458	**0,01**

t: Bağımsız örneklem t test sd: serbestlik derecesi p<0,05

Tablo 15'te meme kanserli ve sağlıklı kadınların EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları gösterilmiştir.

Fonksiyonel skala puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=-15,94; p<0,05). Ortalama değerlere bakıldığında; meme kanserli kadınların fonksiyonel alt boyut puanlarının (76,75±11,72) sağlıklı kadınların grubuna göre (91,53±7,75) daha düşük olduğu, diğer bir ifade ile meme kanserli kadınların yaşam kalitelerinin sağlıklı kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Semptom skalası puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=49,40; p<0,05). Ortalama değerlere bakıldığında; meme kanserli kadınların semptom alt boyut puanlarının (59,42±13,31) sağlıklı kadınların grubuna göre (8,75±8,05) daha yüksek olduğu, diğer bir ifade ile meme kanserli kadınların semptom düzeylerinin sağlıklı kadınlara göre daha kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Genel iyilik hali puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=-43,19; p<0,05). Ortalama değerlere bakıldığında; meme kanserli kadınların genel iyilik hali puanlarının (21,90±11,51) sağlıklı kadınlara göre (77,14±15,61) daha düşük olduğu, diğer bir ifade ile meme kanserli kadınların iyilik hallerinin sağlıklı kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Fonksiyonel skala alt boyutlarına bakıldığında duygusal fonksiyon puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 73,30±16,48; 91,67±13,38'dir ve istatistiksel anlamda fark bulunmuştur (t458=-13,13; p<0,05). Bilişsel fonksiyon puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 90,65±13,06; 95,58±8,16'dır ve istatistiksel anlamda fark bulunmuştur (t458=-4,85; p<0,05). Rol fonksiyon puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 79,42±20,64; 87,10±14,79'dur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=-4,59; p<0,05). Sosyal fonksiyon puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 72,46±22,58; 93,19±13,38'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=-11,98; p<0,05). Yorgunluk puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 28,63±18,24; 13,35±8,84 istatistiksel anlamda fark bulunmuştur (t458=11,43; p<0,05).

Semptom skalası alt boyutlarına bakıldığında bulantı kusma puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 15,44±21,46; 4,28±11,22'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=11,43; p<0,05). Ağrı

puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 26,59±23,45; 12,61±21,98'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=6,60; p<0,05). Dispne puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 35,51±25,31; 10,14±15,99'dur ve istatistiksel anlamda fark bulunmuştur (t458=12,85; p<0,05). Uykusuzluk puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 18,84±22,08; 6,81±13,82'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=7; p<0,05). İştah kaybı puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 24,93±27,46; 1,59±7,13 istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=12,47; p<0,05). Konstipasyon puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 8,55±19,44; 14,35±24,96'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=-2,78; p<0,05). Diyare puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Finansal zorluk puanları meme kanserli ve sağlıklı kadın grubunda sırasıyla 23,04±31,70; 2,46±12,79'dur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=9,13; p<0,05).

4.3.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 16: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Meme Kanserli Kadınlar $\bar{X}$±Ss	Sağlıklı Kadınlar $\bar{X}$±Ss	t	sd	p
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan	17,95±5,54	15,20±5,93	5,13	458	**0,01**

t: Bağımsız örneklem t test, sd: serbestlik derecesi, p<0,05

Tablo 16'da meme kanserli ve sağlıklı kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalamaları gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t458=5,13; p<0,05). Ortalama değerlere bakıldığında; meme kanserli kadınların puanlarının (17,95±5,54) sağlıklı kadınlara göre (15,20±5,93)

daha yüksek olduğu, diğer bir ifade ile meme kanserli kadınların cinsel fonksiyonlarının sağlıklı kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

4.4.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 17: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Puanları Arasındaki İlişki

Gruplar / Ölçekler	Meme Kanserli Kadınlar						Sağlıklı Kadınlar					
	EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği						EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği					
	Fonksiyonel Alt Boyut		Semptom Alt Boyut		Genel İyilik Hali		Fonksiyonel Alt Boyut		Semptom Alt Boyut		Genel İyilik Hali	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	-0,483	0,000	0,436	0,000	-0,486	0,000	-0,205	0,002	0,214	0,001	-0,370	0,000

r: korelasyon katsayısı, p<0,05

Tablo 17'de meme kanserli ve sağlıklı kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Meme kanserli kadınlarda, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile fonksiyonel skala alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde; semptom skalası alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde; genel iyilik hali arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; r:-0,483; r:0,436; r: -0,486).

Sağlıklı kadınlarda, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile fonksiyonel skala alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde; semptom skalası alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzeyde; genel iyilik hali arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel anlamda ilişki bulunmuştur (sırasıyla; r: -0,205; r: 0,214; r: -0,370).

4.5.Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 18: Meme Kanserli Kadınların EORTC-QLQ-B23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

EORTC-QLQ-B23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

n=230	**$\bar{X}$±Ss**	**Min-Max**
Fonksiyonel Alt Boyut	51,46±14,50	**12,50-87,50**
Beden İmajı	52,17±23,78	
Cinsel İşlev	54,06±22,42	
Cinsel Zevk	57,25±24,39	
Geleceğe Bakış Açısı	38,12±27,36	
Semptom Alt Boyut	17,59±9,13	**0-46,79**
Sistemik Terapi Yan Etkileri	19,74±11,69	
Meme Semptomları	14,20±8,32	
Kol Semptomları	13,48±20,91	
Saç Dökülmesi	68,55±37,01	

Tablo 18'de meme kanserli kadınların, EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları gösterilmiştir. Meme kanserli kadınların fonksiyonel alt boyuttan aldıkları puan ortalaması 51,46±14,50; semptom alt boyutu puan ortalaması 17,59±9,13 olarak tespit edilmiştir.

4.6.Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 19: Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği															
	Fonksiyonel Alt Boyut								Semptom Alt Boyut							
	Beden İmajı		Cinsel İşlev		Cinsel Zevk		Geleceğe Bakış Açısı		Sistemik Terapi Yan Etkileri		Meme Semptomları		Kol Semptomları		Saç Dökülmesi	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	-0,137	0,038	-0,713	0,008	-0,200	0,031	-0,33	0,610	0,169	0,010	0,435	0,037	0,273	0,005	0,128	0,53

r: korelasyon katsayısı, p<0,05

Tablo 19'da meme kanserli kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Meme kanserli kadınlarda, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile fonksiyonel skala alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde; semptom skalası alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla; r:-0,148; r:0,256).

4.7.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarını ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması

Tablo 20: Meme Kanserli Kadınların Değişkenlere Göre EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler		n	EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği												Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği			
			Fonksiyonel Alt Boyut				Semptom Alt Boyut				Genel İyilik Hali							
			$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark	$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark	$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark	$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark
Menopoz Durumu	Evet	156	75,50±11,7	2,38	**0,02**		56,46±12,0	5,16	**0,01**		22,89±10,7	-1,91	0,06		19,90±4,81	-9,04	**0,01**	
	Hayır	74	79,40±11,2				65,65±13,7				19,81±12,7				13,82±4,67			
Kronik Hastalık	Var	71	75,75±11,9	0,87	0,39		57,39±13,7	1,55	0,12		23,83±11,7	-1,71	0,09		19,10±5,64	-2,12	**0,04**	
	Yok	159	77,20±11,6				60,32±13,0				21,04±11,3				17,43±5,44			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	111	77,91±12,1	1,44	0,15		62,01±12,5	2,90	**0,01**		20,42±11,9	-1,89	0,06		16,78±5,43	-3,13	**0,01**	
	Çalışmıyor/ Emekli	119	75,68±11,3				57,00±13,6				23,28±10,9				19,03±5,45			
Pelvik Bölge Cerrahi Öyküsü	Var	21	73,03±14,1	2,38	**0,02**		55,95±17,7	5,16	**0,01**		23,33±14,1	-1,91	0,06		19,43±6,45	-9,04	**0,01**	
	Yok	209	77,13±11,4				59,77±12,7				21,76±11,2				17,80±5,44			
Çocuk Varlığı	Var	214	76,94±11,1	0,90	0,37		59,27±12,9	-0,63	0,53		21,60±10,5	-1,47	0,14		18,22±5,44	2,76	**0,01**	
	Yok	16	74,21±18,3				61,46±17,4				25,96±20,4				14,31±5,77			
Cinsel İlişki Sıklığı*	Haftada 1-2 Kez[1]	24	76,18±13,44	2,17	0,12		70,48±13,89	12,19	**0,01**	1>2,3	18,91±15,76	1,98	0,23		11,45±4,05	33,45	**0,01**	1<2,3 2<3
	Ayda 2-3 Kez[2]	65	79,19±10,50				59,36±13,62				21,20±11,40				16,62±4,89			
	Ayda 1 ve Daha Az[3]	140	75,56±11,73				57,38±12,04				22,89±10,54				19,72±5,04			
Cinsel Yaşam Memnuniyeti	Memnun Değilim[1]	11	69,51±9,57	F=5,10	**0,01**	1,2<3	56,06±7,54	F=4,94	**0,01**	2<4	27,94±8,87	F=4,19	**0,01**	2>3	21,27±5,53	F=23,82	**0,01**	1,2>3,4
	Biraz Memnunum[2]	107	74,73±11,98				56,78±12,44				23,68±11,10				20,21±4,51			
	Memnunum[3]	99	79,88±11,26				61,36±14,36				19,05±11,41				16,07±5,27			
	Çok Memnunum[4]	13	75,74±8,83				69,23±8,60				23,90±13,25				10,77±3,68			

*t: Bağımsız örneklem t testi F: Tek yönlü varyans analizi *Grupta bir kişi "Haftada 2'den Fazla" cevabı verdiği için n=229 kabul edilmiştir.*

Tablo 20'de meme kanserli kadınların değişken özelliklerine göre EORTC-QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Menopoz durumlarına göre kadınların fonksiyonel alt boyut puanları, semptom alt boyut puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları istatistiksel olarak bir fark göstermektedir (Sırasıyla: t228=2,38; t228=5,16; t_{228}=-9,04; p<0,05). Fonksiyonel alt boyut puanlarına göre menstrüel siklusu devam eden kadınların yaşam kaliteleri menopoz dönemindekilere göre daha yüksek düzeyde, semptom skalası alt boyut puanlarına bakıldığında tam tersi şekilde menstrüel siklusu devam eden kadınların daha kötü düzeyde oldukları tespit edilmiştir. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalamalarına göre ise menopozdaki kadınların daha kötü olduğu saptanmıştır. Genel iyilik hali puanları hastaların menopoz durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05).

Kronik hastalık varlığına göre fonksiyonel alt boyut, semptom alt boyut, genel iyilik hali puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanlarına göre kadınların kronik hastalık varlığı istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t228=-2,12; p<0,05). Kronik hastalığı olmayan hastaların cinsel fonksiyonlarının kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma durumuna göre fonksiyonel alt boyut ve genel iyilik hali puanları hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Semptom alt boyut puanları kadınların çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t228=2,90; p<0,05). Çalışan hastaların semptom düzeyleri çalışmayanlara göre daha kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları kadınların çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t228=-3,13; p<0,05). Çalışan kadınların cinsel fonksiyonlarının çalışmayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Pelvik bölge cerrahi geçirme öyküsü durumu, genel iyilik hali puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Fonksiyonel skala, semptom skalası ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları cerrahi öyküsü olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (Sırasıyla;

t_{228}=2,38; t_{228}=5,16; t_{228}=-9,04; p<0,05). Pelvik bölge cerrahisi geçirmiş hastaların yaşam kalitelerinin daha önce pelvik bölge cerrahisi geçirmemişlere göre daha düşük düzeyde, pelvik bölge cerrahisi geçirmiş kadınların semptom düzeylerinin daha önce pelvik bölge cerrahisi geçirmemişlere göre daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Pelvik bölge cerrahisi geçirmiş hastaların cinsel fonksiyonlarının daha önce pelvik bölge cerrahisi geçirmemişlere göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çocuk sahibi olma durumuna göre fonksiyonel skala, semptom skalası, genel iyilik hali puanları meme kanserli kadınların çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları, çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t_{228}=2,76; p<0,05). Çocuğu olan kadınların cinsel fonksiyonlarının çocuk sahibi olmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Cinsel ilişki sıklığına göre semptom alt boyut puanları hastaların cinsel ilişki sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F=12,19; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; hafta 1-2 kez cinsel ilişkiye giren hastaların semptom alt boyut puanlarının ayda 2-3 kez ve ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile hafta 1-2 kez cinsel ilişkiye giren hastaların semptom düzeyleri ayda 2-3 kez ve ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren hastalara göre daha kötü düzeyde olduğu saptanmıştır. Fonksiyonel alt boyut ve genel iyilik hali puanları meme kanserli kadınların cinsel ilişki sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları, cinsel ilişki sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F=33,45; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; hafta 1-2 kez cinsel ilişkiye giren kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanlarının ayda 2-3 kez ve ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınlardan, ayda 2-3 kez ilişkiye giren kadınların da ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile hafta 1-2 kez cinsel ilişkiye giren kadınların cinsel fonksiyonları ayda 2-3 kez ve ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınlardan, ayda

2-3 kez ilişkiye giren kadınların da ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Cinsel yaşam memnuniyetine göre fonksiyon skalası puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=5,10$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; cinsel yaşamından memnun olmayan ve biraz memnun olan kadınların fonksiyon alt boyut puanlarının cinsel yaşamından memnun olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile cinsel yaşamından memnun olmayan ve biraz memnun olan kadınların yaşam kaliteleri cinsel yaşamından memnun olmayan kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Semptom skalası puanları kadınların cinsel yaşam memnuniyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=4,94$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; cinsel yaşamından biraz memnun olan kadınların semptom skalası puanlarının cinsel yaşamından çok memnun olan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile cinsel yaşamından biraz memnun olan hastaların semptom düzeyleri cinsel yaşamından çok memnun olan hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Genel iyilik hali puanları kadınların cinsel yaşam memnuniyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=4,19$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; cinsel yaşamından biraz memnun olan kadınların genel iyilik hali puanlarının cinsel yaşamından memnun olan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile cinsel yaşamından biraz memnun olan kadınların iyilik hallerinin cinsel yaşamından memnun olan kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları, kadınların cinsel yaşam memnuniyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=23,82$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; cinsel yaşamından memnun olmayan ve biraz memnun olan kadınların puanlarının cinsel yaşamından memnun olan ve çok memnun olan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile cinsel yaşamından memnun olmayan ve biraz memnun olan kadınların cinsel fonksiyonlarının cinsel yaşamından memnun olan ve çok memnun olan kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 21: Sağlıklı Kadınların Değişkenlere Göre EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği												Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği			
			Fonksiyonel Alt Boyut				Semptom Alt Boyut				Genel İyilik Hali							
			$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark	$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark	$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark	$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark
Menopoz Durumu	Evet	38	88,86±5,99	2,34	0,02		10,50±7,19	-1,47	0,14		70,61±12,9	2,86	0,01		21,68±3,99	-8,43	0,01	
	Hayır	192	92,05±7,99				8,41±8,19				78,43±15,9				78,43±15,9			
Kronik Hastalık	Var	71	75,75±11,9	0,87	0,39		57,39±13,7	1,55	0,12		23,83±11,7	-1,71	0,09		19,10±5,64	-2,12	0,04	
	Yok	159	77,20±11,6				60,32±13,0				21,04±11,3				17,43±5,44			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	201	91,71±7,99	0,96	0,34		8,66±8,29	-0,44	0,66		77,78±15,9	1,64	0,10		14,59±5,69	-4,28	0,01	
	Çalışmıyor/Emekli	29	90,23±6,39				9,37±7,09				72,70±14,9				19,45±6,09			
Pelvik Bölge Cerrahi Öyküsü	Var	11	88,91±7,19	-1,15	0,25		11,39±7,49	1,12	0,27		78,79±13,9	0,36	0,72		20,36±4,89	3,01	0,01	
	Yok	219	91,66±7,79				8,62±8,09				77,05±15,9				14,94±5,89			
Çocuk Varlığı	Var	168	89,77±7,89	-6,09	0,01		9,53±8,49	2,45	0,01		75,05±15,9	-3,42	0,01		16,58±6,09	6,26	0,01	
	Yok	62	96,29±4,99				6,63±6,49				82,80±13,9				11,47±3,69			
Cinsel İlişki Sıklığı	Haftada 2'den Fazla[1]	34	$\bar{X}$±Ss	F	p		7,46±9,44				90,20±9,28				9,65±1,32			
	Haftada 1-2 Kez[2]	30	96,44±6,83	52,53	0,01	1>3,4	6,72±4,19	17,96	0,01	1,2,3<4	79,44±15,43	21,37	0,01	1>2,3,4	11,67±3,52	85,67	0,01	1,2<3,4
	Ayda 2-3 Kez[3]	107	95,91±4,14			2,3>4	6,44±7,11				78,04±14,72			2,3>4	14,19±4,49			3<4
	Ayda 1 ve Daha Az[4]	59	93,24±5,82				14,72±7,40				66,81±13,62				22,03±4,58			
Cinsel Yaşam Memnuniyeti	Memnun Değilim[1]	37	80,14±5,14	56,21	0,01		18,13±8,47	29,00	0,01		64,19±16,30	19,76	0,01		23,95±4,52	103,26	0,01	
	Biraz Memnunum[2]	28	92,12±4,99				9,54±8,48				69,94±14,93				17,96±4,96			
	Memnunum[3]	111	93,51±6,92				6,82±6,24				79,43±13,94				14,14±3,91			
	Çok Memnunum[4]	54	94,94±4,32				5,89±6,01				85,03±11,72				9,94±2,46			

t: Bağımsız örneklem t testi F: Tek yönlü varyans analizi

Tablo 21'de meme kanseri olmayan kadınların değişken özelliklerine göre EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Menopoz durumlarına göre kadınların fonksiyonel alt boyut puanları, genel iyilik hali ve ACYÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (Sırasıyla: t_{228}=2,34; t_{228}=2,86; t_{228}=-8,43; $p<0,05$). Menstrüel siklusu devam eden kadınların yaşam kaliteleri menopoz dönemindekilere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Semptom alt boyut puanları hastaların adet olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$). Menstrüel siklusu devam eden kadınların iyilik hallerinin menopoz dönemindekilere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. ACYÖ puan ortalaması, menopoz dönemindeki kadınların cinsel fonksiyonlarının menstrüel siklusu devam eden kadınlara göre göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalık varlığı fonksiyonel alt boyut, semptom alt boyutu, genel iyilik hali ve ACYÖ puan durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (Sırasıyla; t228=4,17; t228=-4,55; t228=4,09; t228=-2,65; $p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan kadınların yaşam kalitelerinin kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeyde, semptom deneyiminin daha iyi, genel iyilik halinin daha yüksek düzeyde ve cinsel fonksiyonunun daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma durumlarına göre fonksiyonel skala, semptom skalası ve genel iyilik hali puanları hastaların çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$). ACYÖ puanları kadınların çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t_{228}=-4,28; $p<0,05$). Çalışan hastaların cinsel fonksiyonlarının çalışmayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Pelvik bölge cerrahisi geçirme durumuna göre fonksiyonel skala, semptom skalası ve genel iyilik hali puanları kadınların pelvik bölge cerrahisi geçirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$). ACYÖ puanları, kadınların daha önce pelvik bölge cerrahisi geçirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t_{228}=3,01; $p<0,05$). Pelvik bölge

cerrahisi geçirmiş hastaların cinsel fonksiyonlarının daha önce pelvik bölge cerrahisi geçirmemişlere göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çocuk sahibi olma durumlarına göre fonksiyonel skala, semptom skalası, genel iyilik hali ve ACYÖ puanları hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t_{228}=-6,09; t_{228}=2,45; t_{228}=-3,42; t_{228}=6,26; $p<0,05$). Çocuğu olan kadınların yaşam kalitelerinin çocuk sahibi olmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çocuğu olan kadınların semptom düzeylerinin çocuk sahibi olmayanlara göre daha kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Genel iyilik hali puanları kadınların çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t_{228}=-3,42; $p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında; çocuğu olan kadınların genel iyilik hali puanlarının (75,05±15,9) çocuğu olmayanlara göre (82,80±13,9) daha düşük olduğu, diğer bir ifade ile çocuğu olan kadınların iyilik hallerinin çocuk sahibi olmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. ACYÖ puanları göre çocuğu olan kadınların cinsel fonksiyonlarının çocuk sahibi olmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Cinsel ilişki sıklığına göre fonksiyon skalası puanları kadınların cinsel ilişki sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=52,43$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; haftada 2'den fazla cinsel ilişkiye giren hastaların yaşam kaliteleri ayda 2-3 kez ve ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınlardan, haftada 1-2 kez ve ayda 2-3 kez ilişkiye giren kadınların da ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Semptom skalası puanları kadınların cinsel ilişki sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=17,96$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; haftada 2'den fazla, haftada 1-2 kez ve ayda 2-3 kez cinsel ilişkiye giren hastaların semptom alt boyut puanlarının ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren hastalardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınların diğerlerine göre daha kötü düzeyde olduğu saptanmıştır. Genel iyilik hali puanları kadınların cinsel ilişki sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=21,37$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu

karşılaştırma testine göre; haftada 2'den fazla cinsel ilişkiye giren hastaların iyilik halleri diğer kadınlardan, haftada 1-2 kez ve ayda 2-3 kez ilişkiye giren hastaların da ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. ACYÖ puanları kadınların cinsel ilişki sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=85,67$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; haftada 2'den fazla ve hafta 1-2 kez cinsel ilişkiye giren kadınların cinsel fonksiyonlarının ayda 2-3 kez ve ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınlardan, ayda 2-3 kez ilişkiye giren kadınların da ayda 1 ya da daha az ilişkiye giren kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Cinsel yaşam memnuniyetine göre fonksiyon skalası puanları kadınların cinsel yaşam memnuniyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=56,21$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; cinsel yaşamından memnun olmayan hastaların yaşam kaliteleri cinsel yaşamından biraz memnun olan, memnun olan ve çok memnun olan hastalara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Semptom skalası puanları kadınların cinsel yaşam memnuniyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=29$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; semptom düzeyinin, cinsel yaşamından biraz memnun olan, memnun olan ve çok memnun olan kadınlara göre daha kötü düzeyde olduğu saptanmıştır. Genel iyilik hali puanları kadınların cinsel yaşam memnuniyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=19,76$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; cinsel yaşamından memnun olmayan ve biraz memnun olan kadınların iyilik hallerinin cinsel yaşamından memnun olan ve çok memnun olan kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. ACYÖ puanları kadınların cinsel yaşam memnuniyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F=103,26$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre; cinsel yaşamından memnun olmayan kadınların cinsel fonksiyonlarının cinsel yaşamından biraz memnun olan, memnun olan ve çok memnun olan kadınlardan, cinsel yaşamından biraz memnun olan kadınların cinsel fonksiyonlarının cinsel

yaşamından memnun ve çok memnun kadınlardan, cinsel yaşamından memnun olan kadınların cinsel fonksiyonlarının da cinsel yaşamından çok memnun olan kadınlara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

4.8.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisi

Tablo 22: Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisine Yönelik Bulgular

Özellikler	**Meme Kanserli Kadınlar**						**Sağlıklı Kadınlar**					
	Fonksiyonel Alt Boyut		Semptom Alt Boyut		Genel İyilik Hali		Fonksiyonel Alt Boyut		Semptom Alt Boyut		Genel İyilik Hali	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş	-0,06	0,37	-0,27	**0,01**	0,17	**0,01**	-0,39	**0,01**	0,20	**0,01**	-0,19	**0,01**
BKİ	-0,14	**0,03**	-0,12	0,07	-0,04	0,52	-0,16	**0,01**	0,09	0,17	-0,08	0,22

r: Pearson korelasyon kat sayısı, p<0,05

Tablo 22'de meme kanserli ve sağlıklı kadınların değişkenlere göre EORTC-QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının ilişkisi gösterilmiştir.

4.9.Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarını ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması

Tablo 23'te meme kanserli kadınların EORTC-QLQ-B23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puanlarını ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanlarını etkileyen faktörlerin karşılaştırılması verilmiştir.

Fonksiyonel skala ve semptom skalası puanları çocuk sahibi olma durumuna göre ve kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Fonksiyonel skala puanı menstrüasyon durumu, radyoterapi tedavisi alma durumu, cinsel ilişki sıklığı ve eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Semptom skalası

puanı pelvik bölge cerrahisi geçirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları, çalışma durumları, menstrüasyon durumları, radyoterapi tedavisi alma durumları, hormon tedavisi alma durumları, cinsel ilişki sıklık durumları ve cinsel yaşam memnuniyet durumları ile semptom skalası alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (Sırasıyla; $F=3,60$; $t_{228}=-2,71$; $t_{228}=-4,96$; $t_{228}=-6,32$; $t_{228}=-7,61$; $F=4,54$; $F=3,01$; $p<0,05$). Analiz sonucunda üniversite mezunu, çalışan, menstrüel siklusu devam eden, radyoterapi tedavisi almamış, cinsel ilişki sıklığı 1-2 kez olan ve cinsel yaşamından memnun olan kadınların diğer kadınlara göre semptom düzeyleri daha iyi bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların hormon tedavisi alma durumları ve cinsel yaşam memnuniyeti durumları ile fonksiyonel skala alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (Sırasıyla; $t_{228}=2,88$; $F=5,78$; $p<0,05$). Analiz sonucunda hormon tedavisi almamış kadınların yaşam kalitelerinin hormon tedavisi almışlara göre daha iyi ve cinsel yaşamından çok memnun olan kadınların yaşam kaliteleri cinsel yaşamından memnun olmayan, biraz memnun olan ve memnun olan kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 23: Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Ölçek Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarıyla Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Özellikler		n	EORTC-QLQ-B23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği								Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği			
			Fonksiyonel Skala				Semptom Skalası							
			$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark	$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark	$\bar{X}$±Ss	t	p	Fark
Çocuk Sahibi Olma Durumu*	Var	214	51,57±14,0	0,43	0,66		17,67±9,21	0,48	0,63		18,22±5,44	2,76	**0,01**	
	Yok	16	49,94±20,0				16,54±8,18				14,31±5,77			
Çalışma Durumu*	Çalışıyor	111	50,76±13,7	-0,71	0,48		15,93±7,90	-2,71	0,01		16,78±5,43	3,13	**0,01**	
	Çalışmıyor/ Emekli	119	52,11±15,1				19,15±9,92				19,03±5,45			
Menopoz Durumu*	Hayır	74	51,67±12,7	0,15	0,88		13,47±6,86	-4,96	0,01		13,82±4,67	9,04	**0,01**	
	Evet	156	51,36±15,2				19,55±9,43				19,90±4,81			
Pelvik Cerrahi Öyküsü	Geçirmiş	21	56,32±18,0	1,62	0,11		19,60±12,9	1,06	0,29		19,43±6,45	8,03	**0,01**	
	Geçirmemiş	209	50,97±14,0				17,39±8,67				17,80±5,44			
Kronik Hastalık*	Yok	159	51,40±14,3	-0,10	0,92		16,86±8,83	-1,82	0,07		17,43±5,44	2,12	**0,04**	
	Var	71	51,60±14,8				19,23±9,62				19,10±5,64			
Radyoterapi Tedavisi*	Almamış	118	50,36±11,4	-1,19	0,24		14,17±7,40	-6,32	**0,01**		16,49±5,20	4,24	**0,01**	
	Almış	112	52,62±17,1				21,20±9,41				19,48±5,50			
Hormon Tedavisi*	Almamış	112	54,25±13,3	2,88	**0,01**		13,39±6,33	-7,61	**0,01**		16,27±5,48	4,68	**0,02**	
	Almış	118	48,81±15,0				21,59±9,59				19,54±5,14			
Cinsel İlişki Sıklığı**	Haftada 1-2 Kez[1]	25	49,61±12,59	F=0,42	0,66		12,53±7,09	4,54	**0,01**	1<2,3 2<3	11,45±4,05	33,45	**0,01**	
	Ayda 2-3 Kez[2]	65	50,75±15,33				17,81±9,27				16,62±4,89			
	Ayda 1 ve Daha Az[3]	140	52,12±14,48				18,40±9,15				19,72±5,04			
Cinsel İlişki Memnuniyeti**	Memnun Değilim[1]	11	58,67±14,37	F=5,78	**0,013**	4<1,2,3	21,85±9,98	3,01	**0,03**	3<1	21,27±5,53	23,82	**0,01**	1,2>3,4
	Biraz Memnunum 2	107	51,89±14,83				18,94±9,45				20,21±4,51			
	Memnunum[3]	99	52,12±13,36				15,77±8,68				16,07±5,27			
	Çok Memnunum[4]	13	36,80±12,49				16,72±6,38				10,77±3,68			
Eğitim Durumu**	İlköğretim Mezunu[1]	23	56,10±16,42	F=1,51	0,22		16,80±9,92	3,60	**0,03**	2>3	20,17±6,44	7,96	**0,01**	1,2>3
	Lise Mezunu[2]	85	50,18±13,70				19,67±10,17				19,22±5,06			
	Üniversite Mezunu[3]	122	51,47±14,61				16,30±7,94				16,64±5,38			

t: Bağımsız örneklem t testi F: Tek yönlü varyans analizi

4.10.Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisi

Tablo 24: Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarıyla Değişkenlerin İlişkisine Yönelik Bulgular

Ölçekler	**EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği**				**Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği**	
	Fonksiyonel Alt Boyut		Semptom Alt Boyut			
	r	p	r	p	r	p
Yaş	0,24	0,717	0,249	**0,000**	0,018	0,792
BKİ	0,13	0,840	0,027	0,684	0,112	0,058
Eğitim	-0,17	0,803	-0,106	0,108	0,053	0,422
Çalışma Durumu	0,015	0,826	0,162	**0,014**	0,106	0,110
Ortalama Geliri	0,019	0,770	-0,100	0,129	0,020	0,767
Medeni Durumu	0,130	**0,048**	-0,115	0,081	0,115	0,083
İlişki Süresi	0,010	0,874	0,187	**0,004**	0,535	**0,041**
Ebeveynlik Durumu	-0,005	0,945	-0,006	0,930	-0,007	0,920
Menopoz Durumu	-0,061	0,360	0,313	**0,000**	0,810	**0,006**
Pelvik Bölge Cerrahi Öyküsü	-0,093	0,162	-0,030	0,653	-0,090	0,172
Kronik Hastalık	-0,055	0,406	0,102	0,121	0,035	0,595
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	-0,148	**0,025**	0,026	**0,036**	1	-

r: korelasyon katsayısı, p<0,05

Tablo 24'te meme kanserli kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ölçek ve alt boyut puanları ve Arizona

Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanlarıyla değişkenlerin ilişkisine yönelik bulgular gösterilmiştir.

Medeni durum ile fonksiyonel alt boyut arasında düşük düzeyde pozitif yönde, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve fonksiyonel alt boyut arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; r: 0,130; r: -0,148; $p<0,05$).

Yaş ve menopoz durumu ile semptom alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönde, çalışma durumu, ilişki süresi ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile semptom skala arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; r: 2,49; r:0,313; r: 0,162; r: 0,187 ; r: 0,026; $p<0,05$).

İlişki süresi ve menopoz durumu ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; r: 0,535; r: 0,810; $p<0,05$)

5. TARTIŞMA

Kanser, günümüzde 20 milyona yakın kişinin ölümüne sebep olan ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta olan bir hastalıktır. Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser olup kadınlar arasında en fazla kansere bağlı ölümlerin nedenidir (2, 3). Türkiye'de meme kanseri insidansı 2010 yılında yüz binde 38,6 iken, 2019 47,7'ye yükselmiştir ve dünyadaki durum ile benzer şekilde kadınların en fazla etkilendiği ve ölümüne yol açan kanser türü meme kanseridir (27, 132).

Artan taramalar, tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ile kadınların sağkalım süreleri artmıştır. Kanser bitiminden sonra en az beş yıl süreyle başka hiçbir kanserin gelişmediği dönem sağkalım dönemi olarak tanımlanır (133). Türkiye'de beş yıllık sağkalım oranı meme kanserinde %85,3'tür. Hastalıksız sağ kalım süresinin uzamasıyla araştırmalar bu dönem ile ilgilenmeye başlamıştır (134). Artık günümüzde sağlık çalışanlarından beklenen sadece hastaların sağkalımını arttırmak değil, tedavi öncesi, tedavi sırasında ve sonrasında da hastaların iyilik hallerini korumak ve iyileştirmelerini sağlamaktır (7). Uygulanan tedavilerin yarar ve sonuçlarını ve hastalık süresinceki etkilerini sadece sağkalım süresindeki artma ile değerlendirmek artık yeterli olmamaktadır (135).

Modern onkolojide, tedavi başarısının ana belirleyicilerinden biri olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi görülmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, genel sağlık halinin yanı sıra verilen bakım kalitesiyle de iyileşme potansiyeline sahip olması sebebiyle tedavi kararlarında sağ kalımın değerlendirilmesi kadar önemlidir (136). Uluslararası Sağlık Sonuçları Ölçümü Konsorsiyumu (The International Consortium for Health Outcomes Measurement- ICHOM)'nun meme kanseri için standart bir değere dayalı hasta merkezli sonuçlar geliştirmek üzere yaptığı çalışma sonucuna göre, yaşam kalitesi ve beden imajı, izlenecek hastalar tarafından bildirilen en önemli iki parametre olarak tanımlanmıştır (137). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, "psikolojik, kültürel ve sosyal faktörlerden etkilenen öznel bir kavram" olarak ifade etmiştir (138). Birey ve ailesi için kanser tanısı almak ve tedavi süreci, sosyal, ekonomik, psikolojik ve fiziksel tüm boyutlarda yorucu bir süreçtir ve yaşamdan alınan keyfin azalmasına dolayısıyla yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (139).

Bedenindeki herhangi bir değişikliğe ya da bir organdaki işlev bozukluğuna sebep olan, özellikle meme gibi estetik görünüm, cinsellik, kadınlık, annelik gibi imgeleri barındıran bir organın operasyonu, kadınlarda düşük benlik algısına, yaşam kalitesinde bozulmaya, cinsel istek ve fonksiyonda azalmaya, kadının çekiciliğini kaybettiğini düşünmesine bağlı olarak cinsel yaşam kalitesinde bozulma gibi birçok fiziksel ve psikososyal soruna neden olur. Bunlar arasında cinsel istek bozukluğu/azalmış libido (%23-%64), uyarılma veya lubrikasyonda zorluk (%20-%48), orgazm endişeleri (%16-%36) ve disparoni (%35-%38) sayılabilir (140).

Bu bölümde meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasındaki yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi amacıyla vaka-kontrol çalışması olarak yürütülen bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

1. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması
4. Meme Kanserli Kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçek Puanı Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1.Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Evans ve arkadaşları (1993) yaşam kalitesini objektif ve subjektif olarak ikiye ayırmışlardır. Fiziksel iyilik hali objektif yönü olarak gösterilmiş ve aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük, yetersizlik, çalışma durumu, semptom yönetimi, sağlıkla

ilişkilendirilmiştir. Psikolojik iyilik hali ise subjektif yönüdür ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu ve psikolojik etkiyi kapsamaktadır (141).

Sağlık ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise genel yaşam kalitesiyle ilişkilidir ve kaybı yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle tanıdan başlayan ve tedaviyi takiben zor bir süreç yaşayan meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasında yaşam kalitesi açısından fark var mıdır sorusu ortaya çıkmaktadır. Bizim çalışmamızın bulgularına göre; yaşam kalitesi ölçeğinin fonksiyonel ve semptom alt boyutu ve genel iyilik halleri açısından iki grup arasında fark bulunmuştur($p<0,05$). Meme kanserli kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin fonksiyonel ve semptom alt boyutları ve genel iyilik hali puanları (sırasıyla: 76,75±11,72; 59,42±13,31; 21,90±11,51) sağlıklı kadınlara (sırasıyla; 91,53±7,75; 8,75±8,05; 77,14±15,61) göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Meme kanserli kadınlarda fonksiyonel alt boyutun sorularına bakıldığında; sosyal fonksiyonunun diğer işlevlere göre daha düşük olduğu; sağlıklı kadınlarda ise rol fonksiyonun diğer işlevlere göre düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan meme kanserli kadınların sosyal fonksiyonunun düşük olma nedeni yaşadıkları allopesi, lenfödem, kilo alımı gibi beden imajında bozulmaya sebep olan nedenlerle ve yine tedavilere bağlı ortaya çıkan enfeksiyon riski sebebiyle sosyal işlevde kötü oldukları düşünülmektedir. Araştırmaya katılan sağlıklı kadınların rol fonksiyonunun düşük olma nedeninin ise neredeyse tamamının (n=201) çalışıyor olması ve bu sebeple boş zaman aktiviteleri ve hobilerine daha az zaman ayırabiliyor olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Meme kanserli kadınlarda semptom alt boyutunun sorularına bakıldığında; "dispne" daha yüksek; sağlıklı kadınlarda "konstipasyon" sorununun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan sağlıklı kadınların konstipasyon semptomunun yüksek olma nedeninin, sağlıklı kadınların kolorektal polikliniğine gelen hastalardan seçilmiş olması olabileceği düşünülmektedir. Araştırmaya katılan meme kanserli kadınların dispne semptomunun yüksek olma nedeni araştırmaya katılan kadınların kronik hastalıkları (astım gibi), uygulanan tedavi prosedürleri ve bu tedavilere sekonder gelişen hastalıkların yan etkileri olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmamızın verileri COVİD-19 pandemisi sürerken toplanmış olup o dönem yaşanan akut üst solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı etkiler ve korunma

yöntemlerinden birisi olan maske kullanımının (özellikle N95) artmış olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ek olarak verilerin toplandığı zaman diliminde, verilerin toplandığı İzmir ilinin sıcak hava şartları nedeniyle anlık bunalma halinin solunum güçlüğü ile karıştırılmış olabileceği ihtimali üzerinde durulmuştur. "Diyare" sorusunda iki grup arasında fark çıkmamıştır. Puan bazında bakıldığında kontrol grubu kadınların daha kötü puana sahip oldukları görülmüş bunun nedeninin de yine kontrol grubu verilerinin kolorektal polikliniğinde toplanmış olması düşünülmüştür.

Genel iyilik hali puanını meme kanserli kadınların düşük almasının nedeninin kanserli kadınların büyük çoğunluğunun aktif tedavisine devam etmesi ve bu sebeple ortaya çıkan diğer semptomlarla baş etmeye çalışmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde, çoğunlukla meme kanserli kadınların yaşam kaliteleri, yaşam kalitelerine etki eden faktörler, yaşam kalitelerinin değişkenlerle ilişkisine yönelik çalışmalar mevcuttur. Meme kanserli kadınların ve sağlıklı kadınların birlikte karşılaştırıldığı çalışmalar az sayıdadır. Yapılan çalışmalarda farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanıldığı görülmüştür (9, 95, 104). Meme kanserli kadınların ve sağlıklı kadınların birlikte karşılaştırıldığı çalışmalar az sayıdadır (142, 143). Yapılan çalışmalarda farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanıldığı görülmüştür. Zabit'in (2017) 33'er mastektomi olmuş kadın ve sağlıklı kadınlar ile, fiziksel özellikleri ve yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmasında; Short Form-36 Ölçeğini kullanmış; mastektomi yapılan kadınların sağlıklı kadınlara göre daha düşük yaşam kalitesi gösterdiği saptanmıştır (142). Bagheri ve Mazaheri (2015), meme kanserli kadın hastalarda ve sağlıklı kadınlarda beden imajı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla 50 meme kanserli 50 sağlıklı kadın ile yaptığı çalışmasında; Short Form- 36 ölçeğini kullanmış ve meme kanseri hastaları ile sağlıklı kadınlar arasında yaşam kalitesi ve bileşenleri açısından anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir. Sağlıklı kadınların yaşam kalitesinin meme kanserli kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (143). Çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde literatürde de meme kanserli kadınların sağlıklı kadınlara kıyasla yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir.

Lorca ve arkadaşlarının (2023), 125 meme kanserinden sağ kalan kadınlar arasındaki yaşam kalitesini analiz etmek için yaptıkları çalışmasına göre; bizim çalışmamızdan farklı olarak duygusal fonksiyon (puanı: 58) kadınların bildirdiği en kötü alan, uykusuzluk (puanı: 67) ise en çok bildirilen semptom olarak gösterilmiştir (144). Caceres ve arkadaşlarının (2022), 200 meme kanserli kadının depresif belirtilerini, kaygılarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasına göre; bizim çalışmamızla benzer şekilde sosyal fonksiyonu (puanı: 76.57 ± 26.79) kadınların bildirdiği en kötü alan olarak saptamıştır. Uykusuzluk (puanı: 35.81 ± 36.44) en çok görülen semptom olarak bildirilmiştir (145). Smail ve arkadaşlarının (2023), Dubai'deki meme kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmaya göre: meme kanserli olgularda bizim çalışmamızla farklı şekilde duygusal fonksiyonu (puanı: puanı: 68.43 ± 30.2) kadınların bildirdiği en kötü alan olarak saptamıştır. Uykusuzluk (47.87 ± 18.25) en çok görülen semptom olarak bildirilmiştir 146). Özgün ve arkadaşlarının (2020), kanser türlerine göre yaşam kalitesi, kaygı, depresyon ve bazı antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi amacıyla yürüttükleri çalışmaya göre: meme kanserli olgularda bizim çalışmamızla benzer şekilde sosyal fonksiyonu (puanı: 60.1 ± 27.6) kadınların bildirdiği en kötü alan olarak saptamıştır. Yorgunluk (puanı: 48.6 ± 25.8) en çok görülen semptom olarak bildirilmiştir (147). Çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer olanların yanı sıra farklı sonuçlar da ortaya konmuştur. Bunun sebebinin çalışmaya katılan kadınların yaşam kalitelerini etkileyen diğer faktörlerin (sosdemografik özellikler, obstetrik özellikler, hastalığa özgü özellikler) ve kişinin kendini algılayış biçimi olduğu düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi, insanların duygusal, toplumsal ve fiziksel doyumuna ve hayatlarındaki gündelik işlerini kendi başlarına yerine getirebilme becerisine sahip bulunmalarına atıfta bulunan tasvir edici bir kavramdır (148). Yani bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı, yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir (149). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır ve dolayısıyla yaşamın her alanından etkilenmektedir. Bu nedenle sağlığın kaybı, bizim çalışmamızın da gösterdiği gibi özellikle kanser hastalığı gibi birçok sistemi etkileyen hastalıklarda yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

5.2. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cinsel sağlık, cinsel yaşam, cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesi birçok faktörle ilişki sürdürmesi zor, dengeyi kurmakta güçlük yaşanan parametrelerdir (150). Cinsellik, yaşa, cinsiyete, inançlara göre değişiklik gösterir. Kanser gibi bu dengeyi son derece derinden sarsan hastalıklar sonucunda kanserli hastaların cinsel yaşamı, tanı koyulmasından itibaren, ilerlemiş yaşa sekonder gelişmelerle (menopoz gibi), tedaviye bağlı gelişmelerle (beden algısında bozulma, ağrı gibi) ve önceki cinsel deneyimlerden etkilenir (151, 152).

Cinsel disfonksiyonlar, kadınların yaşamı boyunca yaygın görülür ve disparoni, orgazm problemleri, cinsel istek azlığı gibi çeşitli şikâyetlerle ortaya çıkar (153). Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması verilerine göre; sağlık problemi olmayan 18–59 yaşlarındaki popülasyonda cinsel işlev bozukluğu prevalansı, kadınlarda %43, erkeklerde ise %31 olarak belirlenmiştir. Buna karşılık kanserli kadınlarda cinsel disfonksiyon %30–100 oranlarında görülmektedir (154). Kanser hastalarında en çok görülen cinsel problem cinsel isteğin azalmasıdır (155). Kadınlarda disparoni ve orgazma ulaşmada yetersizlik, duyu hissinde azalma ve ağrıya bağlı olarak genital bölgenin duyarlılığında değişimler görülebilir (155, 156).

Çeşitli sebeplerle her geçen yıl katlanarak artan meme kanseri görülme hızına ek olarak sağkalımdaki artış ile kadınların sorunları daha görünür hale gelmiştir. Bu kadınlarda diğer kadınlarla aralarında gelişebilecek farkı engellemek için bu farkı görmek, bilmek ve yönetmek önemlidir. Bu bağlamda meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasında cinsel fonksiyon açısından fark var mıdır sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun sonucunda ortaya koyduğumuz çalışmanın bulgularına göre; cinsel fonksiyonun değerlendirildiği ölçek puanları incelendiğinde meme kanserli kadınların (17,95±5,54) cinsel fonksiyonunun sağlıklı kadınlara (15,20±5,93) göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Ölçekten minimum alınabilinecek puan 5, maksimum 30'dur ve yüksek puan almak kötü cinsel fonksiyon durumu ile ilişkilidir. Buna göre iki grup puanları arasında yapılan karşılaştırmaya göre meme kanserli kadınların sağlıklı kadınlara kıyasla daha kötü cinsel fonksiyon düzeyine sahip oldukları saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızın sonuçlarına göre iki grup

arasındaki farkın çıkma sebebinin meme kanseri hastalarının tanıyla birlikte başlayan psikososyal problemlerin varlığı, fiziksel güçlükler ve yetersizlikler ve tedavilere bağlı vajinal kuruluk, ağrı gibi diğer semptomlar olabileceği düşünülmektedir.

Meme kanseri olan kadınlarda uygulanan tedavilerden kaynaklı cinsel yaşam kalitesinde azalma ortaya çıkabilmektedir. Meme kanseri olan kadınlarda tedavideki amaç hastalığın ortadan kaldırılması olduğundan ve zamanla yarışıldığından bir ihtiyaç olan cinsellik üzerine durulmamakta, hastalığın semptomları ile ilgilenmekten cinsellik ve cinsel yaşam kalitesi geri plana atılmaktadır. Freud, cinselliği "yaşam" olarak tanımlamıştır ve cinsellik dürtüsünün iyi hissettirdiği için psikolojik dengeyi sağladığını düşünmektedir." (156).

Literatürde, çoğunlukla meme kanserli kadınların cinsel fonksiyon durumları, cinsel yaşam kaliteleri, cinselliğine kalitelerine etki eden faktörler ve değişkenlerle ilişkisine yönelik çalışmalar mevcuttur. Meme kanserli kadınların ve sağlıklı kadınların birlikte karşılaştırıldığı çalışmalar az sayıdadır (157, 158, 159). Yapılan çalışmalarda farklı cinsel fonksiyon ölçekleri kullanıldığı görülmüştür.

Bakht ve Najafi (2010)'nin meme kanseri hastalarında cinsel işlev bozuklukları ve beden imajı sorunlarını sağlıklı kadınlarla karşılaştırmak amacı ile 20 meme kanserli 20 sağlıklı kadın ile yaptıkları araştırmasında Kadın Cinsel Ölçeği (FSI) kullanmış ve genel cinsel işlevsellik puanı arasında fark olmadığını ancak cinsel istek, cinsel uyarılma, doyum ve ağrı alt boyutlarında meme kanserli kadınlar aleyhine fark olduğunu göstermiştir (157). Aygün'ün (2019) yılında mastektominin benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacı ile 50 meme kanserli 50 sağlıklı kadın ile gerçekleştirdiği çalışmasında Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ)'ni kullanmış ve sağlıklı kadınların meme kanserli kadınlara kıyasla daha iyi bir cinselliğe sahip olduğunu göstermiştir (158). İzci ve arkadaşlarının (2020) meme kanserli hastalarda tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon, uyku ve cinsel işlev düzeylerinin incelenmesi amacıyla 56 meme kanserli ve 52 sağlıklı kadın ile gerçekleştirdiği çalışmasına göre; 1,2,3. sorular ve total puanlarının, meme kanserli kadınlarda sağlıklı kadınlara göre anlamlı olarak düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Meme kanserli kadınlar ACYÖ puan ortalaması: 23,96±6,27 sağlıklı kadınlar ACYÖ puan ortalaması: 21,39±5 olarak saptanmıştır (159).

Kedde ve arkadaşlarının (2013), "Hollanda'da Cinsel Sağlık 2006" başlıklı çalışmanın 22-49 yaş arasındaki örnekleri ile 187 devam eden 141 tedavisini tamamlamış meme kanserli kadın karşılaştırılmış; tedavi görmekte olan kadınlar en sık olarak lubrikasyon sorunları (%45), orgazm sorunları (%31), cinsel ilişki sırasında ağrı (%30) ve hipoaktif cinsel istek (%23) bildirmişlerdir. Tedaviyi tamamlayan kadınlarda lubrikasyon sorunu (%23), orgazm sorunu (%21) ve cinsel ilişki sırasında ağrı (%16) bildirmişlerdir. Tedavisini tamamlamış kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı tedavi gören kadınlara göre daha düşükken, meme kanserli kadınlarda, cinsel işlev bozuklukları genel Hollandalı kadın nüfusuna göre daha yaygın olarak saptanmıştır. Sağlıklı kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı, tedaviyi tamamlayan kadınlardan çok daha düşükken, tamamlayan kadınlardaki yaygınlık da tedavisi devam eden kadınlara göre düşük olarak gösterilmiş (160).

Siang ve arkadaşları (2021), 18-65 yaşları arasında, evli ve eşiyle cinsel olarak aktif, meme kanseri teşhisi konmuş ve meme ameliyatı geçirmiş 94 kadın ile gerçekleştirdiği çalışmada; Kadın Cinsel Distres Ölçeği (FSD) kullanılmış ve cinsel ilişki sıklığı parametresinden kadınların etkilendiğini göstermiştir (161). İzgü ve arkadaşları (2020) aktif meme kanseri tedavisini tamamlamış bireylerin, tedavi sonrası döneme ilişkin deneyimlerini derinlemesine incelemek amacıyla 9 hasta ile yürüttükleri çalışma sonucunda cinsel isteksizlik, kadın olarak kendini çekici bulmama, cinsel ilişki sırasında endişe ve ağrı gibi sorunları göstermiştir (162). Wang ve arkadaşları (2013) meme kanserli kadınların (200) cinsel iyilik halindeki değişiklikleri değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda cinsel sıklıkta azalma, cinsel ilgi eksikliği, evlilik ilişkisi üzerindeki etkiler, cinsellikle ilgili yanlış anlamalar gibi birçok cinsel yaşam problemi ortaya koymuştur (163).

Literatürde cinsel fonksiyonu etkilenmiş ve sağlıklı kadınlar arasında yapılan çalışmalar göstermiştir ki her iki grup da farklı şekillerde etkilenebilmektedir. Bizim çalışmamızda her iki grup karşılaştırıldığında diğer araştırmalara paralel olarak iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Meme kanseri olan kadınlarda uygulanan tedavilerden kaynaklı cinsel fonksiyon etkilenebilmektedir. Meme kanseri hastalığın ortadan kaldırılmasına odaklanıldığından bir ihtiyaç olan cinsellik üzerine durulmamakta, hastalığın semptomları ile ilgilenmekten cinsellik ve cinsel yaşam

kalitesi geri plana atılmaktadır. Araştırmamızda aralarındaki farkın bu nedenle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ayrıca cinsel fonksiyonu etkileyen diğer faktörlerin (yaş, menopoz) etkisi de olabilir.

5.3. Meme Kanserli ve Sağlıklı Kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden Aldıkları Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Ferrell ve arkadaşları (1195, 1997, 1998) farklı kanserli hasta grubunda test edilen yaşam kalitesi modelini, meme kanserli hastalara uyguladıklarını ve yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel sağlık olmak üzere temelde dört boyutta yer aldığını belirtmişlerdir (44). Yaşam kalitesi, birey üzerinde etkili olan tüm bu faktörleri kapsar. Cinsel aktivite ve bundan alınan keyif ve doyum da yaşam kalitesinin özellikle fiziksel ve psikolojik boyutlarının bileşenleri olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple bu iki kavramın ayrımından söz etmek pek de mümkün değildir.

DSÖ'ye göre cinsel işlev bozukluğu "bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu" olarak tanımlanmıştır (164). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin önemli derecede etkileyen cinsel fonksiyon bozuklukları kadınlarda en fazla azalmış cinsel istek olarak gösterilmiştir. Aynı zamanda cinsellik ve yaşam kalitesi sadece sağlıklı kişiler değil aynı zamanda kanser hastaları için de önem taşımaktadır. Kanserin kadının cinselliği, cinsel işlevlerini ve yakın ilişkilerini etkilediği gösterilmiştir (165). Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde birkaç ölçekte cinsellikle ilgili birkaç soru bulunmaktadır fakat ölçek genelinde içerik ve sayı olarak farklılık göstermektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonun karşılaştırılabilmesi oldukça zordur.

Çalışmamızın bulgularına göre; her iki gruptada kadınların yaşam kalitesi arttıkça cinsel fonksiyon olumlu yönde etkilenmektedir. Dorval ve arkadaşları (1998) meme kanseri teşhisi konulduktan sekiz yıl sonra kadınların yaşam kalitelerini meme kanseri olmayan kadınla karşılaştırdıkları çalışmaya göre; her iki grupta da benzer yaşam kaliteleri değerlendirmeleri tespit etmişlerdir. Ancak kol işleviyle ilgili

sorunlar ve meme kanseri tedavisi sonrası kadınlarda cinsel doyumda azalma yaşadıklarını saptamışlardır (166).

Cinsel sağlık, kemoterapi ve hormonal tedavi hipoestrojenizme ve vajinal atrofiye neden olabileceğinden ötürü kötü etkilenebilmektedir. Aktif kemoterapi alan hastaların genel sağlık ve yaşam kalitesi, fiziksel işlevsellik, rol işlevsellik, sosyal işlevsellik ve cinsel işlevsellik oranlarının sadece hormon tedavisi alanlara göre anlamlı derecede farklı olduğunu görülmüştür (167). Waldmann ve arkadaşları (2007) mastektomi ve meme koruyucu cerrahi geçiren meme kanserli 1907 Alman kadının yaşam kalitesini karşılaştırdıkları çalışmada mastektomi yapılan hastalarda meme koruyucu cerrahi yapılan hastalara kıyasla, cinsel yaşam ile ilgili problemlerin artmış olduğu belirtilmiştir (168). Zanapalıoğlu ve arkadaşları (2009) mastektomi ve meme koruyucu cerrahi geçiren meme kanserli Türk kadınların yaşam kalitesini karşılaştırdıkları çalışmada daha invaziv meme cerrahisi yöntemlerinin psikoseksüel etkilerinin daha yoğun olduğunu ortaya koymuştur (169). Prairie ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, yüksek yaşam kalitesine sahip kişilerin daha yüksek cinsel doyum ve cinsel aktivite düzeyine sahip oldukları gösterilmiştir (170).

Kadın cinsel disfonksiyonu sosyal ilişkileri ve yaşam kalitesi üzerinde oldukça etkilidir. Birçok kadın için duygusal olarak acı verici, fiziksel olarak kaygı uyandırıcı ve sosyal olarak yıkıcıdır. Kanser ve tedavisinin cinsel sağlığa olumsuz etkilerinin olduğu bilinmekle beraber bu olumsuz etkiler psikolojik iyilik hali, yaşam kalitesi ve çift ilişkilerini bozabilir (171). Tedavilere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik problemlerin yanında sosyal problemler, endişe ve bilinmezlik duygusu meme kanserli kadınların genel iyilik halini ve uyumlarını etkiler, yaşam kalitelerini bozar (172).

Çalışmamızda literatürle benzer şekilde yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon arasında bir ilişki göstermiştir. Durumun sağlıklı kadınlar için de benzer olması yaşam kalitesi ve cinselliğin birbirini çift taraflı etkilemesinin bir göstergesidir. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, cinsel fonksiyon durumlarının iyileşmesini sağlarken, cinsel fonksiyonun iyiliği ise yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. Alamış (2017), meme kanseri tanılı hastalarda hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve eş uyumu ilişkisini incelediği çalışmasında, ameliyat sonrası cinsel ilişki sıklığı ve

cinsel ilişkiden zevk alma açısından meme kanserliler aleyhine anlamlı derecede fark saptamıştır (173).

Meme kanseri tedavisi sonrası beden imajındaki değişim nedeni ile meme kanserli bireylerin kendilerini cinsel olarak çekici bulmadıkları ve güvensiz hissedebildikleri bildirilmekte, hastaların eşleriyle olan ilişkilerinde endişe yaşadıkları rapor edilmektedir (174). Kalaitzi ve arkadaşları (2007), mastektomi olmuş kadınlar ve sağlıklı kadınlar ile yaptığı çalışmasında mastektomili grubun daha düşük cinsellik, beden algısı ve psikolojik iyilik oluş halinde olduğunu göstermiştir (175). Akıncı ve Aksoy (2019), tüm bu kanser ve etkilerinin yanı sıra, psikolojik ve kişilerarası faktörlerin, hasta ve çevresindekilerin dini inançlarının, yaşanılan toplumdaki normların kadının cinselliğine etki ettiğini ve bu cinsel sorunlara çözüm getirebilmek için cinselliği değerlendirirken biyopsikososyal olarak yaklaşmanın bütüncül olarak değerlendirmeyi sağlayacağını öne sürmüşlerdir (176).

Bobrie ve arkadaşlarının (2021), akut tedavi aşaması sonrası cinsel işlev bozukluğunu analiz etmek için en az iki yıl adjuvan endokrin tedavisi alan 51 yaşından küçük kadınların cinsel yaşam ve yaşam kalitelerinin değerlendiren çalışma sonuçlarına göre, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında cinsellik konusundaki iletişimin güçlendirilmesi, kendi destek yöntemlerini geliştirmeye çalışan hastaların ihtiyaçlarını fark edebilme ve yönetebilme, hastaların bu konuda profesyonel destek ve danışmanlığa ihtiyacı olduğunu anlamak gereklidir (177).

5.4. Meme Kanserli Kadınların Meme Kanserine İlişkin Yaşam Kalitesine Yönelik Bulguların ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanları ile Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Meme kanserine özgü yaşam kalitesi ölçeğinin en düşük puanı 0 en yüksek puanı 100'dür. Fonksiyonel alt boyut puanın artması yaşam kalitesi açısından iyi semptom alt boyut puanının artması yaşam kalitesi açısından kötüdür. Araştırmamızın bulgularına göre fonksiyonel alt boyut sorularından en düşük puan "Geleceğe Bakış Açısı", semptom alt boyut sorularından en yüksek puan "Saç Dökülmesi" olarak saptanmıştır. Araştırmamızdaki kadınların çoğunluğu tedavisine devam eden kadınlar olduğundan gelecekteki sağlık durumlarından endişeleniyor olabilecekleri düşünülmüştür. Araştırmamızdaki kadınların neredeyse tamamı (n: 228) kemoterapi

almış veya alıyor olduğundan saç dökülmesi semptomunun diğerlerine göre yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde, meme kanserli hastalarla ilgili birçok yaşam kalitesi çalışması mevcuttur. Çalışmalar genellikle farklı tedavi çeşitleri uygulanan hastalar arasındaki karşılaştırmalar, yaşam kalitelerine etki eden faktörler, yaşam kalitelerinin değişkenlerle ilişkisine yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Macarena ve arkadaşlarının (2020) 200 meme kanserli kadınla yaptıkları çalışmaya göre; bizim çalışmamıza benzer olarak "Geleceğe Bakış Açısı" (puan: 53.15 ± 34.60) kadınların bildirdiği en kötü alan; "Sistemik Terapi Yan Etkileri" (puan: 26.65 ± 20.35) en çok bildirilen semptomdu (178). Chen ve arkadaşları (2018) meme kanserli kadınlarda (puan: 608) yaşam kalitesini araştırmak ve yaşam kalitesinin hangi boyutlarının Çin'deki meme kanserli kadınların genel yaşam kalitesinde daha önemli rol oynadığını araştırmak amacıyla yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde "Geleceğe Bakış Açısı" (puan: 51.5) kadınların bildirdiği en kötü alan; "Saç Dökülmesi" (puan: 38.6) en çok bildirilen semptomdu (179). Rashid ve arkadaşlarının (2022) Irak'ta tedavi gören 150 meme kanserli kadınla yaptıkları çalışmaya göre; bizim çalışmamıza farklı olarak "Cinsel İşlev" (puan: 29.0 ± 38.8) kadınların bildirdiği en kötü alan; "Saç Dökülmesi" (puan: 88.4 ± 29.1) ise bizim bulgularımızla benzer şekilde en çok bildirilen semptomdu (180). Alvarez ve arkadaşlarının (2022) Meksika'da yaşları 30-80 arasında olan, 183 meme kanserli kadınla yaptıkları çalışmaya göre; bizim çalışmamıza benzer olarak "Geleceğe Bakış Açısı" (64.32 ± 26.02) kadınların bildirdiği en kötü alan; "Meme Semptomları" (84.39 ± 17.25) ise farklı olarak en çok bildirilen semptomdu (181). Çalışma bulguları gösteriyor ki meme kanserli kadınların yaşam kalitesi araştırma yapılan yer, araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri, tedavi prosedürleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir.

Geçmişten günümüze, kadınlar, annelik, emzirme gibi kavramlar ile ilişkilendirilmiş ev işleri, çocuk bakma büyütmeden sorumlu tutulmuşlardır. Şimdilerde kadının toplumdaki aktif rolü artmasına karşın, aile içindeki statüsü aynı kalmıştır (182). Toplumlara göre sağlık ve ekonomik durumları değişkenlik gösterirken, meme kanseri bu açıdan önemli bir sorun olarak görülmüştür. Dişilik ve cinsellik ile sembolize edilen memede oluşan kanser, organa karşı bir tehdit

oluşturmaktadır ve bu sebeple tüm kanserler arasında en fazla ruhsal ve psikososyal yönler açısından çalışma yapılan türdür (183). Takashi ve Kai'nin (2005) çalışmasında, cinselliğin, tanı sonrasındaki dönemde ihmal edildiği; meme kanseri olan kadının cinsel hayatında, tedavi sonrasındaki psikolojik ve fiziksel iyileşme hızı, eş tarafından alınan olumsuz yanıt sebebiyle duyulan kaygı, eşlerin cinsel ilişkiye verdikleri önemin derecesinin yanında eşin destek ve anlayışı gibi faktörler de etkili bulunmuştur (184).

Ettridge ve arkadaşlarının (2022) Avustralyalı, 123 meme kanserli kadınla yaptıkları çalışmaya göre; cerrahi tedavi uygulanan hastalarda ağrı, skar dokusu, lenf ödem, anatomik değişiklikler, meme asimetrisi, duyu ve sinir etkilenmeleri meydana gelirken kemoterapi ve hormon terapisi gibi tedavilerde günlük aktivite düzeyinde azalma, yorgunluk, allopesi, gastrointestinal semptomlar ve menopoz semptomları görülebilir ve cinsel işlevde azalmaya neden olabilir. Tüm bunlar da beden imajında değişiklikler ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir (185). Aerts ve arkadaşlarını (2014), mastektomi sonrası, meme koruyucu cerrahi uygulanan kadınlardan daha fazla cinsel işlev bozukluğu ve cinsel istek, uyarılma ve orgazm ile ilgili sorunları bildirdiğini ortaya koymuştur (124). Buna karşın Dorval ve arkadaşları lumpektomili ve mastektomili kadınları karşılaştırdıkları çalısmada, cerrahi girişim tipinin cinsel doyumda bir değişiklik yaratmadığını bulmuşlardır (166).

Nardin ve arkadaşlarının (2020) çalışmasına göre; cinsel danışmanlık verilmesinin yaşam kalitesini arttırmayı sağlayıp meme kanserli kadınlar ve partnerleri için yarar sağlayabileceği gösterilmiştir (186). Ayrıca cinselliğin tabu olarak görüldüğü toplumumuzda meme kanserli kadınların artık cinsellikle ilgilenmeyeceklerine dair inanç sebebiyle kadınların bu konuyla ilgili konuşmasını engelleyerek daha fazla cinsel sorun yaşanmasına neden olabilir (187). Oysa bu bağlamda, meme kanseri hastalarının tanı ve tedavi sürecinde yaşadıkları psikolojik problemlerin giderilmesi ve hastalığa psikososyal uyumlarının arttırılması konusunda hemşirelere büyük bir rol düşmektedir. Meme kanserli kadın, tek başına ve/veya partneriyle birlikte cinsellik açısından değerlendirilmeli, sağlık profesyonelleri tarafından cinsel sağlık ve problem çözümleri ile ilgili bilgilendirilmelilerdir (188). Cinsel danışmanlık vermek yaşam kalitesini arttırmayı sağlayıp meme kanserli kadınlar ve partnerleri için yarar sağlayabilir (186).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanserli kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasındaki yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonun değerlendirmesi amacıyla vaka-kontrol çalışması olarak yürütülen bu çalışma; her iki gruptaki 230'ar kadın olmak üzere toplamda 460 kadın ile yürütülmüştür.

6.1. Sonuçlar

- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması vaka ve kontrol grubunda sırasıyla; 46,76±6,690; 38,63±8,980'dir.
- Her iki grubunda çoğunluğunu; üniversite mezunu, evli, gelir gidere eşit, eşi/partneri çalışan, çocuğu olan, kronik bir hastalığı olmayan, pelvik bölge cerrahisi öyküsü bulunmayan, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü olmayan kadınların oluşturduğu saptanmıştır.
- Farklı şekilde; kanserli kadınların daha çoğunluğu ilçede yaşamakta, menopoz döneminde ve çalışmayan kadınlarken, meme kanseri olmayan kadınların çoğunluğunun ilde yaşayan, menstrüel siklusu devam eden, çalışma hayatında olan kadınlardan oluştuğu tespit edilmiştir.
- Meme kanserli kadınların yarıdan fazlasının (%60,86'sının) cinsel ilişki sıklığı ayda bir veya daha az, meme kanseri olmayan kadınların, yarıya yakını (%46,52'sinin) cinsel ilişki sıklığı ayda 2-3 kez şekildedir.
- Meme kanserli kadınların %72,17'si (n:166) 12 aydan fazla süre önce tanı almış, %99,13'ü (n:228) meme kanserine yönelik tedavi almış/almakta tedavi alan kadınların da %48,70'inin (n: 112) radyoterapi, %51,30'unun (n:118) radyoterapi, %90,87'sinin (n:209) cerrahi, %99,13'ünün (n: 228) kemoterapi aldığı saptanmıştır.
- Meme kanserli kadınların son altı aydaki cinsel yaşamlarından duydukları memnuniyet sorulduğunda %46,52'si (n: 107) "biraz memnunum", %43,04'ü (n: 99) "memnunum" şeklinde iki yakın aralıkta cevap verirken sağlıklı kadınların son altı aydaki cinsel yaşamlarından duydukları memnuniyet sorulduğunda %48,26'sı (n: 111) "memnunum" şeklinde yanıtlamıştır.

- Meme kanserli kadınların tamamı tanı öncesinde herhangi bir cinsel problem varlığı bildirmezken, %74,35'inin (n: 171) tedavilerden sonra cinsel problem yaşadığı tespit edilmiştir. Kadınların, tedavi sonrası gelişen cinsel probleminin; %27,24'ü (n:140) kemoterapi, %17,51'i (n:90) cerrahi tedavi nedeniyle, %17, 12'si (n:88) hormon tedavisi nedeniyle, %4,86'sı (n: 25) radyoterapi nedeniyle olduğu saptanmıştır.
- Tedavilerle ilişkili cinsel yaşam hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiğini söyleyen kadın oranı %83,5 (n: 192)'tir. Kadınların en fazla %72,97 (n: 189) oranında doktorlardan bilgi aldıkları, %3,86 (n: 10) oranında ise hemşireler tarafından bilgilendirildikleri saptanmıştır. Bilgilendirilmemiş kadınların %94,73 (n: 36)'ü bilgilendirilmiş olmak istediklerini belirtmiştir.
- Meme kanserli kadınlar ve sağlıklı kadınlar "EORTC- QLQ- C30" ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında fonksiyonel alt boyut, semptom alt boyutu ve genel iyilik hali ortalamalarına göre istatistiksel anlamda fark gösterilmiştir. Ölçeğe ve tüm alt boyutlarına göre (dispne alt boyutu hariç- anlamlı fark bulunamamıştır) meme kanserli kadınlar, sağlıklı kadınlara göre yaşam kalitesi daha düşük, semptom deneyimi kötü, genel iyilik hali daha kötü düzeyde saptanmıştır.
- Meme kanserli kadınlar ve sağlıklı kadınların "ACYÖ" puan toplamlarına göre istatistiksel anlamda fark vardır ve kanserli kadınların daha kötü cinsel fonksiyona sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Meme kanserli kadınlar ve sağlıklı kadınların EORTC- QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği fonksiyonel alt boyutu ve genel iyilik hali ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği arasında negatif yönde; semptom alt boyutu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile arasında pozitif yönde bir ilişki gösterilmiştir.
- Meme kanserli kadınların EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden fonksiyonel alt boyut için 51,46±14,50; semptom alt boyutu için; 17,59±9,13'tür.
- EORTC- QLQ- BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği fonksiyonel alt boyutu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği arasında

negatif yönde, semptom alt boyutu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

6.2. Öneriler

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Meme kanserli kadınların sağlıklı kadınlara göre hangi alanlarda daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğu irdelenmeli ve bu yaşam kalitesi alanlarını yükseltmeye yönelik girişimler planlanmalıdır.
- Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde rutine geçilmeli kadınlar aralıklı olarak değerlendirilmelidir. Değerlendirmeler, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı ile yapılmalıdır.
- Hastalara yönelik destek programları (destek grup terapileri, sosyal destek hattı, vb.) geliştirilmelidir.
- El kitapları, broşürler (hastalık ve tedavi süreciyle alakalı gelişebilecek sorunlar ve spot bilgilerin yer aldığı) oluşturulmalıdır.
- Semptom yönetimini aza indirebilecek programlar (mobil uygulamalar gibi) geliştirilmelidir.
- Hemşirelerin gerektiğinde uzmana yönlendirebileceği skorlama sistemleri geliştirilebilir.
- Hemşirelerin, kadınların cinselliği hakkında konuşabilmesi, değerlendirebilmesi, uygun girişimi planlayabilmesi ve danışmanlık yapıp uzmana yönlendirebilmesi için sağlıklı ve hasta kadınların cinselliği hakkında bilgisi olmalıdır.
- Hemşirelerin cinsellik ile ilgili konular konuşulurken rahat olması, etkili iletişim becerilerini kullanabiliyor olması, kadına özgü uygun cinsel soru formlarını uygulayabilmesi gereklidir.
- Cinsel açıdan soruların sorulmasında hemşirelerin; kadınları karşılaşacakları cinsel sorunlar açısından hazırlaması ve yaşadıkları/yaşayabilecekleri sorunlarla ilgili tartışma alanları yaratmayı sağlayabilmesi gereklidir.

- Cinselliğin değerlendirilmesini kolaylaştıran modeller (PLISSIT, BETTER, ALARM ve ALLOW modelleri) kullanılmalı, cinselliğin değerlendirilmesi rutin hale getirilmelidir.
- Yaşam kalitesi ve cinsel yaşam değerlendirilmelerine eşler de dahil edilmelidir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Meme kanserli kadınların yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlarının hastalık sürecinin hangi döneminde (yeni tanı, tedavi, hastalıksız sağkalım) kötü olduğunu anlamaya yönelik çalışmalar arttırılmalıdır.
- Araştırmalarda tedavisini tamamlamış ve tedavisi devam eden kadınlar ayrı gruplarda değerlendirilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının rutin işleyişte kullanabilecekler yeni mini ölçekler geliştirilmelidir.
- Örneklem daha fazla tutulmalı, longitudinal çalışmalar yapılmalıdır.

Sonuç olarak kansere bağlı semptomların yanı sıra tedaviye bağlı etkiler nedeniyle yaşam kaliteleri bozulabilmekte, cinsel fonksiyonları, cinsel yaşamları ve cinsel yaşam kaliteleri etkilenebilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin, özellikle de sürekli hasta kadın ve çevresiyle daha yakın olan hemşirelerin, sağlıklı kadınlardan farklı olarak meme kanseri ve tedavilerinden etkilenmiş ya da etkilenme ihtimali daha yüksek olan gruplarını belirleyerek bu grupların semptom yönetimini, yaşam kalitesi iyileştirmelerini destekleyici tutum sergilemeleri önemli ve gereklidir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Cancer Definition [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
2. International Agency For Research On Cancer (IARC). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. 2021 [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim adresi: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21660
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2019. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710
4. National Cancer Institute (NCI). Breast Cancer Treatment. 2019. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq#_298
5. National Cancer Institute (NCI). Breast Cancer Treatment [İnternet]. 2019. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq#_298
6. World Health Organization (WHO). - WHOQOL: Measuring Quality of Life. 1997
7. Moye J., Langdon M., Jones J.M., Haggstrom D., Naik A.D.. Managing Health Care After Cancer Treatment: A Wellness Plan. Federal Practitioner Health Care Professionals. 2014; 31(3): 27–32.
8. Invernizzi M., Kim J., Fusco N. Quality Of Life in Breast Cancer Patients And Survivors. Frontiers in Oncology. 2020; 10: 620574.
9. Chopra I., Kamal K.M., A Systematic Review Ofquality of Life Instruments in Long-Term Breast Cancer Survivors. Health Qual Life Outcomes. 2012; 10:1-15.
10. Yeom H. E., Heidrich S. M., Effect Of Perceived Barriers to Symptom Management on Quality of Life in Older Breast Cancer Survivors. Cancer Nursing. 2009; 32(4):309–316.
11. Rietman J. S., Dijkstra P. U., Debreczeni R., Geertzen J. H. B., Robinson D. P. H., De Vries J. Impairments, Disabilities And Health Related Quality Of Life After Treatment For Breast Cancer: A Follow-Up Study 2.7 Years After Surgery, Disabilty Rehabil. 2004; 26:78–84.
12. Akça M., Ata A., Nayır E., Erdoğdu S., Arıcan A. Impact Of Surgery Type on Quality Of Life in Breast Cancer Patients. The Journal of Breast Health. 2014; 10(4): 222.
13. Socha M., Sobiech K.A., Socio-Demographic and General Health Factors Associated with Quality of Life in Long-Term Breast Cancer Survivors from Southwestern Poland. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18: 9321.
14. Erica N., Boswell Don S., Breast Cancer And Sexual Function. Translational Andrology And Urology. 2015; 4(2).
15. Farthmann J., Hanjalic-Beck A., Veit J., Rautenberg B. ve ark., The Impact of Chemotherapy for Breast Cancer on Sexual Function and Health-Related Quality of Life. Support Care Cancer, 2016; 24: 2603-2609.
16. Gilbert E., Ussher J. M., Perz J. Sexuality After Gynaecological Cancer: A Review of the Material, Intrapsychic and Discursive Aspects of Treatment on Women's Sexual-Wellbeing. Maturitas. 2011; 70(1): 42-57.

17. Akkuzu G., Ayhan A. Sexual Functions fo Turkish Women with Gynaecologic Cancer during the Chemotherapy Process. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention APJCP). 2013; 14(6): 3561-3564.
18. Kim S., Lee Y., Lim M. C., Joo J. ve ark., Quality of Life and Sexuality Comparison Between Sexually Active Ovarian Cancer Survivors and Healthy Women. Journal of Gynecologic Oncology. 2015; 26(2): 148-154.
19. Arican Z. L., ve ark. Psychosexual and Body Image Quality of Life in Turkish Women: A Comparison of Breast Conserving Treatment and Mastectomy. 23. Annual Meeting of the European-Society-for-Therapeutic-Radiology-and-Oncology (ESTRO 23), Amsterdam, Hollanda, 2009; 73.
20. Sayek İ., Temel Cerrahi El Kitabı: Meme. Ankara: Güneş Kitapevleri; 2009.
21. Brunicardi F., Andersen D., Billiar T., Dunn D., Hunter J., Matthews J., ve ark., Schwartz Cerrahinin İlkeleri, Bölüm 10: Meme. 11. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevleri; 2021
22. Erel S., Atahan, M. K., Memenin Anatomisi, Fizyolojisi ve Değerlendirilmesi. Akça, T., Karadeniz Çakmak, G., Emre, A. U., Editörler. Genel Cerrahi Kitabı, Bölüm 35. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2020.
23. Bland K. I., Copeland III, E. M., Klimberg, V. S. Anatomy Of The Breast, Axilla, Chest Wall, And Related Metastatic Sites. The Breast. 2018; Beşinci Baskı: 20-36.
24. Fischer E.J., Master of Surgery. Özmen M., Editör. Ankara: Güneş Kitapevi; 2011. 482-490.
25. Kolektif. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi. Uras C., Aydoğan F., Editörler. Meme Lenfatik Sisteminin Anatomisi ve Fizyolojisi. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2007; 7-14.
26. American Cancer Society (ACS). Cancer Facts And Figures. 2022. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf
27. Türiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. 2017. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf
28. Perry-Philo D., McCully L.L., Nursing Care of Women with Reproductive System Disorders. Jaypee Brothers Medical Publishers. Beşinci Baskı; 2015. 968-1003.
29. Folkerd, E., Dowsett, M., Sex Hormones And Breast Cancer Risk and Prognosis. The Breast. 2013; 22. Baskı; 38-43.
30. Journal of the National Cancer Institue (JNCI), Lifetime Probability among Females of Dying of Cancer. 2004; 96(12): 1311-1321.
31. Shahbandi A.; Nguyen H.D.; Jackson J.G., TP53 Mutations and Outcomes in Breast Cancer: Reading beyond the Headlines. Trends Cancer. 2020; 6: 98-110.
32. American Cancer Society (ACS), Breast Cancer Risk And Prevention. 2021. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8578.00.pdf
33. Özbaş S., Boylu Ş., Soyder A., Meme Kanserinde Risk Faktörleri. Akça, T., Karadeniz Çakmak, G., Emre, A. U., Editörler. Genel Cerrahi Kitabı, (Bölüm 20). Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2020.
34. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Menarche, Menopause, And Breast Cancer Risk: İndividual Participant Meta-Analysis, Including 118 964 Women With Breast Cancer From 117 Epidemiological Studies. The Lancet Oncology. 2012; 13(11): 1141-1151.

35. Ritte R., Lukanova, A., Tjønneland A., Olsen A., Overvad K., Mesrine S. ve ark. Height, Age At Menarche And Risk Of Hormone Receptor Positive And Negative Breast Cancer: A Cohort Study. International Journal Of Cancer. 2013; *132*(11), 2619-2629.
36. Li C., Fan Z., Lin X., Cao M., Song F., Song F., Parity and Risk of Developing Breast Cancer According to Tumor Subtype: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2021; 75: 102050.
37. Bothou A. ve ark., Breastfeeding and Breast Cancer Risk: Our Experience and Mini-review of the Literature. Materia Socio-Medica. 2022; 34(1); 28.
38. Bonfiglio R., Di Pietro, M. L., The Impact Of Oral Contraceptive Use On Breast Cancer Risk: State Of The Art And Future Perspectives in The Era Of 4P Medicine. In Seminars in Cancer Biology. 2021; 72: 11-18.
39. Ji, L. W., Jing, C. X., Zhuang, S. L., Pan, W. C., & Hu, X. P., Effect of age at first use of oral contraceptives on breast cancer risk: An updated meta-analysis. Medicine. 2019; 98(36).
40. Abe, R., Kumagai, N., Kimura, M., Hirosaki, A., Nakamura, T., Biological characteristics of breast cancer in obesity. The Tohoku Journal Of Experimental Medicine. 1976; 120(4): 351-359.
41. Lee K., Kruper L., Dieli-Conwright C.M., Mortimer J.E., The Impact of Obesity on Breast Cancer Diagnosis And Treatment. Current Oncology Reports. 2019; 21(5): 1-6.
42. Johnsson A., Broberg P., Krüger U., Johnsson A., Tornberg Å. B., Olsson H., Physical Activity And Survival Following Breast Cancer. European Journal Of Cancer Care. 2019; 28(4): e13037.
43. Lahart I. M., Metsios G. S., Nevill A. M., & Carmichael A. R., Physical Activity, Risk Of Death And Recurrence in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Epidemiological Studies. Acta Oncologica. 2015; 54(5): 635-654.
44. Totur Dikmen B., Bayraktar N., Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Erken Tanı ve Tarama Programları. Uzun Ö., Editör. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2019. 1-7.
45. Zeinomar N., Knight J. A., Genkinger J. M., Phillips K. A., Daly M. B., Milne R. ve ark. Alcohol Consumption, Cigarette Smoking, And Familial Breast Cancer Risk: Findings from The Prospective Family Study Cohort. Breast Cancer Research. 2019; 21(1): 1-14.
46. Macacu A., Autier P., Boniol M., Boyle P., Active And Passive Smoking And Risk Of Breast Cancer: A Meta-Analysis. Breast Cancer Research and Treatment. 2015; 154(2): 213-224.
47. Cordina-Duverger E., Menegaux F., Popa, A., Rabstein, S., Harth, V., Pesch, B., ve ark., Night Shift Work And Breast Cancer: A Pooled Analysis Of Population-Based Case–Control Studies With Complete Work History. European Journal of Epidemiology. 2018; 33(4): 369-379.
48. Wang P., Ren F. M., Lin Y., Su F. X., Jia W. H., Su X. F., Night-Shift Work, Sleep Duration, Daytime Napping, And Breast Cancer Risk. Sleep Medicine. 2015; 16(4): 462-468.
49. Lin H. H., Farkas M. E., Altered Circadian Rhythms And Breast Cancer: From The Human To The Molecular Level. Frontiers in Endocrinology. 2018; 9: 219.
50. Dandamudi, A., Tommie, J., Nommsen-Rivers, L., Couch, S., Dietary Patterns And Breast Cancer Risk: A Systematic Review. Anticancer Research. 2018; 38(6): 3209-3222.

51. Fiolet, T., Srour, B., Sellem, L., Kesse-Guyot, E., Allès, B., Méjean, C., Consumption Of Ultra-Processed Foods And Cancer Risk: Results From Nutrinet-Santé Prospective Cohort. British Medical Journal. 2018; 360.
52. Lukasiewicz S., Czeczelewski M., Forma A., Baj J., Sitarz R., Stanisławek A., Breast Cancer Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies: An Updated Review. Cancers. 2021; 13(17): 4287.
53. Kozan R., Tokgöz V. Y., Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 4: 185-188.
54. Cantürk, Z., Meme Kanserinde Tarama. Akça, T., Karadeniz Çakmak, G., Emre, A. U., Editörler. Genel Cerrahi Kitabı, (Bölüm 22). Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2020.
55. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi (Versiyon 1.0). 2020.
56. Köksal N. G. Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı. Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 1(2): 50-56.
57. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (TTOD). Meme Kanseri. 2019. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-turleri-altkategori/meme-kanseri-erken-tani
58. Türk Radyoloji Derneği (TRD). Meme Kanseri Tarama Rehberi. 2021. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.turkrad.org.tr/assets/DernektenHaberler-Pdf/TRD-Meme-Tarama-Rehberi.pdf
59. Arıbal E., Tunçbilek, N., Çelik, L., Türk Radyoloji Derneği Meme Radyolojisi Çalışma Grubu Meme Kanseri Radyolojik Tarama Standartları. Meme Sağlığı Dergisi. 2012; 8(1).
60. Türk Radyoloji Derneği (TRD). Meme Kanseri Tarama Rehberi. 2021. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.turkrad.org.tr/assets/DernektenHaberler-Pdf/TRD-Meme-Tarama-Rehberi.pdf
61. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Breast Cancer Screening Guidelines for Women. 2022. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/screening.htm#:~:text=Breast%20Cancer%20Screening%20Recommendations&text=The%20USPSTF%20recommends%20that%20women,often%20to%20get%20a%20mammogram
62. Oeffinger K.C., Fontham E.T., Etzioni R., Herzig A., Michaelson J.S., Shih Y.C., Walter L.C., ve ark., Breast Cancer Screening For Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From The American Cancer Society. Journal of the American Medical Association. 2015: 314 (15): 1599-1614.
63. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 625: Management Of Women With Dense Breasts Diagnosed by Mammography, Obstetrics and Gynecology: Committee on Gynecologic Practice/Obstetrics and Gynecology; 2015; 125(3): 750-751.
64. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin Number 179: Breast Cancer Risk Assessment And Screening in Average-Risk Women: Committee on Practice Bulletins–Gynecology/Obstetrics and Gynecology; 2017; 130(1): 1-16.
65. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 182: Hereditary Breast And Ovarian Cancer Syndrome.: Committee on Practice Bulletins–Gynecology/Obstetrics and Gynecology; 2017; 130(3): 110-126.
66. Lauby-Secretan B., Loomis D., Straif K., Breast-Cancer Screening-Viewpoint of the IARC Working Group. New England Journal of Medicine. 2015; 373(15):1478-1479.

67. American College Of Radiology (ACR). BIRADS Classification (Versiyon 5). 2013.
68. American Cancer Society (ACS). Breast Cancer Early Detection and Diagnosis. 2021. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8579.00.pdf
69. World Health Organization (WHO). Breast Cancer. 2021. [Erişim Tarihi: 12.12.2022]. Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/breast-cancer
70. Zhang B.N., Cao X.C., Chen J.Y., Chen J., Fu L., Hu X.C., Guidelines On The Diagnosis And Treatment Of Breast Cancer. Gland Surgery. 2012; 1(1): 39-61.
71. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Breast Cancer Screening and Diagnosis (Version 3).2018.
72. Giuliano A. E., Connolly J. L., Edge S. B., Mittendorf E. A., Rugo H. S., Solin L. J., ve ark., Breast Cancer-Major Changes in The American Joint Committee On Cancer Eighth Edition Cancer Staging Manual. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2017; 67(4): 290-303.
73. Amin M. B., Greene F. L., Edge S. B., Compton C. C., Gershenwald J. E., Brookland R. K., ve ark., The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing To Build A Bridge From A Population Based To A More "Personalized" Approach To Cancer Staging. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2017; 67(2), 93-99.
74. American Cancer Society (ACS). American Society Of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline, CA: A Cancer Journal For Clinicians. 2016; 66(1): 43-73.
75. National Cancer Institute (NCI). Breast Cancer Treatment. 2019. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq#_298
76. American Cancer Society (ACS). Treating Breast Cancer. 2022. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8581.00.pdf
77. Perou C., Sørlie T., Eisen M., Van De Rijn M., Jeffrey S., Rees C.A., ve ark., Molecular Portraits Of Human Breast Tumours. Nature Cell Biology. 2000; 406: 747-752.
78. The Cancer Genome Atlas Network, Comprehensive Molecular Portraits Of Human Breast Tumours. Nature. 2012; 490: 61–70.
79. Akyolcu N., Özhanlı Y., Kandemir, D. Meme Kanserinde Güncel Gelişmeler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2019; 6(3): 583-594.
80. Seyhan Ak E., Çavdar İ., Meme Kanserinde Sistemik Tedaviler (Kemoterapi, Hormonoterapi, Hedefe Yönelik Tedavi) ve Hemşirelik Bakımı. Uzun Ö., Editör. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. 20-27.
81. Drãgãnescu M., Carmocan C. Hormone Therapy in Breast Cancer. Chirurgia. 2017; 112(4): 413-417.
82. Kaymakçı Ş., Meme Hastalıkları. Karadakovan A., Eti Aslan F., Editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014; 919-946.
83. American Cancer Society (ACS). Targeted Therapy For Breast Cancer. 2017. [Erişim Tarihi: 23.01.2023] Erişim Adresi: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/targeted-therapy-for-breast-cancer.html
84. Fisher B., Jeong J. H., Anderson S., Bryant, J., Fisher E. R., Wolmark N., Twenty-Five-Year Follow-Up of A Randomized Trial Comparing Radical Mastectomy, Total Mastectomy, And Total Mastectomy Followed By Irradiation. New England Journal of Medicine. 2002; 347(8): 567-575.

85. Joo J. H., Ki Y., Kim W., Nam J., Kim D., Park J., Pattern of Local Recurrence After Mastectomy and Reconstruction in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. Gland Surgery. 2021; 10(6): 2037.
86. Fisher B., Anderson, S., Conservative Surgery For The Management of Invasive and Noninvasive Carcinoma of the Breast: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) Trials. World Journal Of Surgery. 1994; 18(1): 63-69.
87. American Cancer Society (ACS). Surgery for Breast Cancer. 2017. [Erişim Tarihi: 23.01.2023] Erişim Adresi: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html
88. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Breast Cancer: Types of Treatment. 2021. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/types-treatment
89. American Society of Clinical Oncology (ASCO). What is Cancer Surgery?. 2021. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/surgery/what-cancer-surgery
90. Krag D. N., Anderson S. J., Julian T. B., Brown A. M., Harlow S. P., Costantino J. P., ve ark., Sentinel-Lymph-Node Resection Compared With Conventional Axillary-Lymph-Node Dissection İn Clinically Node-Negative Patients With Breast Cancer: Overall Survival Findings From The NSABP B-32 Randomised Phase 3 Trial. The Lancet Oncology. 2010; 11(10): 927-933.
91. Margenthaler J. A., Dietz J. R., Chatterjee A. The Landmark Series: Breast Conservation Trials (Including Oncoplastic Breast Surgery). Annals of Surgical Oncology. 2021; 28(4): 2120-2127.
92. Beşiroğlu L., ve ark., Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi ile İlişkili Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 5-13.
93. Canadian Cancer Socity (CCS). Quality Of Life Definition. [Erişim Tarihi: 23.01.2023] Erişim Adresi: https://cancer.ca/en/living-with-cancer/coping-with-changes/quality-of-life
94. World Health Organization (WHO). - WHOQOL: Measuring Quality of Life. 1997
95. Akın S., Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Etkililiklerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi. 2007.
96. Deniz A., Meme Kanserli Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi'nin Subkutan Mastektomi- İmplant ile Rekonstrüksiyon Uygulananlarla Postoperatif Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul Kartal Lütfi Kırdar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2018.
97. Heer E., Harper A., Escandor N., Sung H., McCormack V., Fidler-Benaoudia M.M., Global Burden And Trends in Premenopausal and Postmenopausal Breast Cancer: A Population-Based Study. Lancet Global Health. 2020; 8(8): 1027–1037.
98. Aslan F., Gürkan A., Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi. 2007; 3(2).
99. Bilgiç D., Beji N., Yalçın Ö., Ürojinekoloji Hastalarında Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2012; Cilt: 9, Sayı: 3, Sayfa: 142- 52.
100. Dietz J. R., Moran M. S., Isakoff S. J., Kurtzman S. H., Willey S. C., Burstein H. J., ve ark., Recommendations For Prioritization, Treatment, And Triage Of Breast Cancer Patients During The COVID-19 Pandemic. The COVID-19 Pandemic Breast Cancer Consortium. Breast Cancer Research And Treatment. 2020; 181(3): 487–497.
101. Kamińska M., Kubiatowski T., Ciszewski T., Czarnocki K.J., Makara-Studzińska M., Bojar I., ve ark. Evaluation of Symptoms of Anxiety and Depression in

Women with Breast Cancer After Breast Amputation or Conservation Treated with Adjuvant Chemotherapy. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2015; 22(1):185-9.
102. Howes B.H., Watson D.I., Xu C., Fosh B., Canepa M., Dean N.R., Quality Of Life Following Total Mastectomy With And Without Reconstruction Versus Breast-Conserving Surgery For Breast Cancer: A Case-Controlled Cohort Study. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. 2016; 69(9): 1184-1191.
103. Malathi G. N., Anice G., Stanley M., Sudhakar N., Baby S. N., Asha, K., ve ark., Quality of Life among Cancer Patients, The Indian Journal of Palliative Care (IJPC). 2017; 23(4): 445–450.
104. Yılmaz E., Coşkun, T. Meme Kanserli Hastalarda Üst Ekstremite Sorunları ve Yaşam Kalitesi. Medical Journal of Bakirkoy. 2019; 15(1).
105. Gokgoz S. ve ark., Health Related Quality of Life among Breast Cancer Patients: A Study From Turkey. Global Journal of Health Science. 2011; 3(2).
106. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği CETAD. Cinsel İşlev Anatomi ve Fizyolojisi. 2006.
107. World Health Organization (WHO). Defining Sexuality. 2006a. [Erişim Tarihi: 23.01.2023] Erişim Adresi: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
108. World Health Organization (WHO). Defining sexual health. 2022. [Erişim Tarihi: 23.01.2023] Erişim Adresi: https://www.who.int/news/item/11-02-2022-redefining-sexual-health-for-benefits-throughout-life
109. Masters W. H., Johnson V. E., Human Sexual Response. 1966.
110. Yüksel Ş., Cindoğlu D., CETAD Bilgilendirme Dosyası-5. Kadın Cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, İstanbul, 2006.
111. İncesu C., Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri. 2004;3: 3-13.
112. Buvat J., Maggi M., Endocrine Aspects of Male Sexual Dysfunctions. Montorsi F., ve ark. (Editör). Sexual Medicine Sexual Dysfunctions in Men and Women. (21. Baskı). France: Health Publication. 2010; 681-690.
113. Yiğit G., Yiğit R. Gebelik Öncesi Kadın Fizyolojisi ve Kadın Hormonları. Guyton. Çavuşoğlu H., (Editör), Tıbbi Fizyoloji. Yüce Yayımları A. Ş. ve Nobel Tıp Kitabevleri; 2001; 929-943.
114. Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CETAD). Cinsel İşlev Bozukluklarına Genel Bakış. [Erişim Tarihi: 23.01.2023] Erişim Adresi: https://www.cised.org.tr/icerik/131/cinsel-islev-bozukluklarina-genel-bir-bakis
115. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV. 2000.
116. Laumann E. O., Paik A., Glasser D. B., Kang J. ve ark. A Cross-National Study of Subjective Sexual Well-Being among Older Women and Men: Findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Archives of Sexual Behavior. 2006; 35(2): 145-161.
117. World Health Organization (WHO). Developing Sexual Health Programmes. 2010.
118. Acar A., Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
119. Justine J., ve ark., Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors, The Breast Journal. 2005; 11(6): 440-447.

120. Gavric Z., Vukovic-Kostic Z., Assessment of Quality of Life of Women with Breast Cancer. Global Journal of Health Science. 2016; 8(9): 1-9.
121. The American Collage Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Urogenital Disorders in Women with Adjuvantendocrine Therapy After Early Breast Cancer. 2011.
122. Mondaza N., Sexual health after breast cancer: Recommendations from the Spanish Menopause Society. 2017.
123. Halley M.C., May S.G., Rendle K.A., ve ark. Beyond Barriers: Fundamental 'Disconnects' Underlying The Treatment Of Breast Cancer Patients' Sexual Health. 2014; 16: 1169-1180.
124. Aerts L. ve ark., Sexual Functioning İn Women After Mastectomy Versus Breastconserving Therapy For Early-stage Breast Cancer: A prospectivecontrolled study, 2014.
125. Ghavami H. Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Tarzı Müdahalelerinin Fiziksel ve Psikolojik Sağlık Durumu Üzerine Etkisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015 (Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu)
126. Bjordal K., de Graeff A., Fayers P.M., ve ark., A 12 Country Field Study of the EORTC QLQ-C30 (Version 3.0) And The Head And Neck Cancer Specific Module. European Journal of Cancer. 2000; 36: 213-219.
127. Demirci S., ve ark., EORTC QLQ-C30 ve BR23 Modüllerinin Türkçe Versiyonlarının Meme Kanseri Hastalarında Geçerliliği. The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (APJCP). 2011; 12: 1283-1287.
128. EORTC QL Coordinator Quality of Life Unit. EORTC Data Center. 2001. Third Edition, Belgium.
129. Sprangers M.A.G., Groenvold M., Arraras J.I., Ve Ark., The EORTC Breast Cancer-Specific Quality-Of-Life Questionnaire Module: First Results From A Three-Country Field Study. Journal of Clinical Oncology. 1996; 14: 2756-2768.
130. McGahuey C.A., Gelenberg A.J., Laukes C.A., Moreno A.M., Delgado P.D., McKnnight M.K., ve ark., The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and Validity. Journal of Sex & Marital Therapy. 2006; 26(1): 25.
131. Soykan A., The Reliability and Validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish End-Stage Renal Disease (ESRD) Patients Undergoing Hemodialysis, International Journal Of Impotence Research, 2004; 16: 531–534.
132. Türiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. 2015. [Erişim Tarihi: 23.01.2023]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2010_Yili_Turkiye_Kanser_istatistikleri.pdf
133. Düger T., Atasavun Uysal S., Yıldız Kabak V., Onkolojik Fizyoterapi ve Rehabilitasyonda Egzersizin Kanıt Düzeyi. Yazıcıoğlu Şener F. G., Editör. Fizyoterapi ve Rehabilitasyonda Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019;71-78.
134. Haydaroğlu A., Sert F., Caner A., Ege Üniversitesi Hastanesi Veri Tabanındaki Kanser Olgularının Epidemiyolojik ve Genel Sağ Kalım Özellikler. Ege Tıp Dergisi. 2019; 58:1-9.
135. Quinn G.P., Goncalves V., Sehovic I., Bowman M.L., Reed D.R. Quality Of Life İn Adolescent And Young Adult Cancer Patients: A Systematic Review Of The Literature. Patient Related Outcome Measures. 2015; 6: 19.
136. Özyer Y., COVID-19 Salgını Sırasında Meme Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi. Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2020; 15(60): 417-428.

137. Ong W. L., Schouwenburg M. G., Van Bommel A. C. M., Stowell C., Allison K. H., Benn K. E., ve ark., A Standard Set Of Value-Based Patient-Centered Outcomes For Breast Cancer: The International Consortium For Health Outcomes Measurement (ICHOM) Initiative. JAMA Oncology. 2017; 3(5): 677–685.
138. Nayeri N. D., Bakhshi F., Khosravi A., Najafi Z. The Effect of Complementary and Alternative Medicines on Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. Indian Journal of Palliative Care, 2020; 26(1): 95–104.
139. Yeşilbalkan Ö.U., Akyol A.D., Çetinkaya Y., Altın T., Ünlü D., Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 21(1): 13-31.
140. Runowicz C.D., Leach C.R., Henry N. L., Henry K. S., Mackey H. T., Cowens-Alvarado R.L., ve ark., American Cancer Society (ACS). Breast Cancer Survivorship Care Guideline. American Society of Clinical Oncology. 2016; 34(6): 611-637.
141. Evans R., ve ark., The Guality of Life Hemodialysis Recipients Treated Wwith Recombinant Human Erythrapoitein. JAMA. 1990; 263(6): 825-830.
142. Zabit F., Mastektomi Yapılmış Meme Kanseri Sağkalanı Kadınlar ile Sağlıklı Kadınların Fiziksel Özelliklerinin ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Doğu Karadeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Gazimağusa. 2017.
143. Bagheri M., Mazaheri M., Body Image and Quality of Life in Female Patients with Breast Cancer and Healthy Women. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2015; 3(1): 285-292.
144. Lorca L.A., Sacomori C., Vera-Llanos S., Hinrichsen-Ramírez A.E., López K., Vega M., Sperandio F.F. Şili Meme Kanserinden Kurtulanların Yaşam Kalitesi: Çok Merkezli Çalışma. Revista Brasileira de Cancerologia. 2023; 69 (1).
145. Macarena C. ve ark., Factors Related to Anxiety, Depressive Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(6):3547.
146. Smail L., Jassim G., Khan S., Tirmazy S., Al Ameri M., Quality of Life of Emirati Women with Breast Cancer. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023; 20 (1).
147. Özgün G., Türker P.F., Kaya B., Onkoloji Hastalarının Kanser Türlerine Göre Yaşam Kalitesi, Kaygı ve Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020; 7(3).
148. Demirkaya Y., Çekmeköy'ün Sosyo-Ekonomik Yapısı ve Kentsel Yaşam Kalitesi. İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını. 2010.
149. Aghaei A., Khayyamnekouei Z. ve Yousefy A., General Health Prediction Based on Life Orientation, Quality of Life, Life Satisfaction and Age. Procedia- Social and Behavioral Sciences. 2013; 84: 569-573.
150. Dinçer Y., Oskay Ü., Kanser ve Cinsellik. Androloji Bülteni. 2015;17: 311–314.
151. Eker F, Acikgoz F. The Impact Of Cancer And Its Treatment On Sexual Desire, Satisfaction And Functioning: Findings From An Exploratory Study in Rural Turkey. European Journal of Cancer Care. 2011; 20: 769–775.
152. Can G., Kanserde Cinsel Sağlık. Androloji Bülteni Hemşire Çalışma Grubu. 2004;19: 355–356.
153. Özcan, H., Beji, N. K. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları: 2018 Güncelleme. Türk Androloji Derneği. 2018; 20: 133−137.

154. Aygin, D., Yaman, Ö. Kanserli Hastalarda Cinsellik Nasıl Değerlendirilmeli? Androloji Bülteni. 2017; 19(3): 98-107.
155. Akman G., Aygin D., Kolorektal Kanser Tanılı Kadınlarda Cinsel Sağlık Nasıl Etkileniyor? Androloji Bülteni. 2015; 17: 145–51.
156. Ertem G., Kalkim A., Bulut S., Sevil U., Quality Of Life And Needs Towards Home Care Of Patients Treated With Radiotherapy. Maltepe University Journal of Nursing Science and Art. 2009; 2: 3-12.
157. Bakht S., Najafi S., Body Image and Sexual Dysfunctions Comparison Between Breast Cancer Patient and Healthy Women. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2010; 5: 1493-1497.
158. Aygün Topuz E., Mastektominin Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2019.
159. İzci F., Özdem G., İlgün A. S., Ağaçayak F., Duymaz T., Erdoğan Z., ve ark., Pre-treatment And Post-treatment Anxiety, Depression, Sleep And Sexual Function Levels in Patients with Breast Cancer. European Journal Of Breast Health. 2020; 16(3): 219.
160. Kedde H., van de Wiel H. B. M., Weijmar Schultz W. C. M., Wijsen C., Sexual Dysfunction in Young Women With Breast Cancer. Support Care Cancer. 2013; 21:271–280.
161. Siang O.P., Draman N., Muhamad R., ve ark. Sexual Dysfunction Among Women with Breast Cancer in the Northeastern Part of West Malaysia. Sex Med 2021; 9: 100351.
162. İzgü N., Meme Kanseri Tedavisini Tamamlamış Bireylerin Tedavi Sonrası Döneme İlişkin Deneyimleri: Tanımlayıcı Fenomenolojik Bir Araştırma. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2020; 12(3).
163. Wang F, Chen F, Huo X, Xu R, Wu L, Wang J, et al. A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women. PLoS ONE. 2013;8(9):1-7.
164. World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
165. Tanrıöver Ö., Cinsellik ve Yaşam Kalitesi. Turkiye Klinikleri Family Medicine. 2015; 6(2): 1-5.
166. Dorval, M.; Maunsell, E.; Deschênes, L.; Brisson, J.; Mâsse, B. Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. J. Clin. Oncol. 1998; 16: 478–494.
167. The American Collage Obstetricians and Gynecologists (ACOG)- Urogenital disorders in women with adjuvantendocrine therapy after early breast cancer, 2011.
168. Waldmann A., Pritzkuleit R., Raspe H. Ve ark. The OVIS study: Health Related Quality Of Life Measured by the EORTC QLQ-C30 and BR23 in German Female Patients With Breast Cancer From Schleswig-holstein. Quality of Life Researc. 2007; 16:767-76.
169. Zanapalıoğlu Y., Atahan K., Gür S. ve ark. Effect Of Breast Conserving Surgery In Quality Of Life In Breast Cancer Patients. J Breast Health. 2009; 5:152-56.
170. Prairie B.A., ve ark., A Higher Sense Of Purpose in Life is Associated with Sexual Enjoyment in Midlife Women. Menopause. 2011;18(8):839-844.
171. Ünsal Aksöyek A. ve ark., Cinsel İşlev Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi. Turkiye Klinikleri Family Medicine. 2014; (5): 3.

172. Çam O., Saka Ş., & Gümüş G. A., Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2009: 5(2).
173. Alamış B., Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon ve Eş Uyumu İlişkisi. Yeditepe Üniversitesi. Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2017.
174. Male D.A., Fergus K.D., Cullen K., Sexual Identity After Breast Cancer: Sexuality, Body Image, and Relationship Repercussions. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2016; 10(1): 66-74.
175. Kalaitzi, C., Papadopoulos, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., ve Filippou, D. (2007). Combined Brief Psychosexual İntervention After Mastectomy: Effects On Sexuality, Body Image, And Psychological Well-Being. Journal Of Surgical Oncology. 2007; 96(3): 235-240.
176. Akıncı A. Ç., ve Aksoy, S. D. Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar. JAREN 2019;5(2):156-162.
177. Bobrie A., Jarlier M., Moussion A., Jacot, W., D'Hondt, V. Sexual Quality Of Life in Young Women With Breast Cancer During Adjuvant Endocrine Therapy: Objective Assessment And Patient-Reported Supportive Measures. 2021.
178. Macarena C. ve ark., Factors Related to Anxiety, Depressive Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(6):3547.
179. Chen Q., Li S., Wang M., Liu L., Chen G., Health-Related Quality of Life among Women Breast Cancer Patients in Eastern China. BioMed Research International Volume 2018; 12.
180. Rashid A.A., ve ark., Assessing the Quality of Life in Breast Cancer Women: A Cross Sectional Descriptive Study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2022; 23: 2299-2307.
181. Alvarez-Pardo S., ve ark., Quality of Life in Breast Cancer Survivors in Relation to Age, Type of Surgery and Length of Time since First Treatment. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(23):16229.
182. Özkan S., Özkan M., Armay Z., Cultural Meaning of Cancer Suffering. Journal of Pediatric Hematology-Oncology. 2011; 33: 102–104.
183. Özkan S., Alçalar N., Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(2) :60-64.
184. Takahashi, M., Kai, I. Sexuality After Breast Cancer Treatment: Changes And Coping 79 Strategies Among Japanese Survivors. Social Science & Medicine. 2005; 61: 1278-1290.
185. Ettridge K., Scharling-Gamba K., Miller C., Roder D., Prichard I., Body Image and Quality of Life in Women with Breast Cancer: Appreciating The Body And Its Functionality. Body Image. 2022; 40: 92-102.
186. Nardin S., Mora E., Varughese F. M., D'Avanzo F., Vachanaram A. R., Rossi V., ve ark., Breast Cancer Survivorship, Quality Of Life, And Late Toxicities. Frontiers in Oncology. 2020; 10: 864.
187. Karakoyunlu F.B., Öncel S. Prevalence Of Sexual Dysfunction Among Married Women Ages 15-49. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2014; 6: 63- 74.
188. Den Ouden M.E.M., Pelgrum-Keurhorst M.N., Uitdehaag M.J., De Vocht H.M., Intimacy And Sexuality in Women with Breast Cancer: Professional Guidance Needed. Breast Cancer. 2019; 26:326–332.

8. EKLER

8.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı'nda yüksek lisans öğrencisi Pelin Ünver, danışmanlığını Doç. Dr. Dilek Bilgiç'in yaptığı **"Meme Kanserli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi: Vaka-Kontrol Çalışması"** isimli amacı meme kanseri tedavisi alan kadınların yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonunun değerlendirilmesi olan yüksek lisans tez çalışmasını yürütmekteyiz. Bu amaçla sizden yaşam kalitenizi ve cinsel yaşam durumunuzu değerlendiren sorular içeren formları doldurmanız istenmektedir. Formları doldurmanız yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim uygulanmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme gibi bir durum söz konusu değildir. İstediğiniz zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kesinlikle kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı bir ödül, ücret ya da ceza verilemeyecek sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Katılımcı Adı-Soyadı/Parafı/Rumuzu:

Araştırıcının Adı-Soyadı: Pelin ÜNVER
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon: **e-posta:**
Onama Tanıklık Eden Kişi Adı-Soyadı:

8.2. Tanıtıcı Özellikler Formu

8.2.1.Kontrol Grubu Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu araştırma meme kanserli kadınlarda tedavinin yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonu değerlendirme amacıyla yapılmaktadır. Çalışma sonuçlarının güvenirliği açısından tüm sorulara yanıt vermeniz rica olunur. Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Yaşınız
2. Boyunuz
3. Kilonuz
4. En çok yaşadığınız yer
   - o İl
   - o İlçe
   - o Köy
5. Medeni durumunuz nedir?
   - o Evli
   - o Bekar (Partneri var)
6. Eşinizle/Partnerinizle olan ilişki süreniz ne kadardır?
7. Çocuğunuz var mı?
   - o Evet
   - o Hayır
8. Eğitim durumunuz nedir?
   - o Okur-yazar
   - o Lise Mezunu
   - o İlkokul Mezunu
   - o Üniversite Mezunu
   - o Ortaokul Mezunu
9. Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?
   - o Düşük (Gelir Giderden Az)
   - o Orta (Gelir Gidere Denk)
   - o Yüksek (Gelir Giderden Fazla)
10. Şu anda bir işte çalışıyor musunuz?
    - o Evet
    - o Hayır
11. Eşiniz/partneriniz çalışıyor mu?
    - o Evet
    - o Hayır
12. İlk adet görme yaşınız?
13. Adet görme durumunuz devam ediyor mu?
    - o Evet, devam ediyor
    - o Hayır, menopoza girdim

Cevabınız evet ise 15. sorudan devam ediniz.

14. Menopoza ne zaman girdiniz?
    - o 6 aydan az süredir
    - o 6-12 Aydır
    - o 12 aydan fazla süredir
15. Daha önce pelvik (karnın alt kısmı) cerrahi (rahmin alınması, yumurtalıkların alınması gibi) geçirdiniz mi?
    - o Evet
    - o Hayır
16. Kronik ya da sistemik bir hastalığınız var mı?
    - o Evet
    - o Hayır
17. Ailenizde kanser öyküsü var mı?
    - o Evet
    - o Hayır
18. Ailenizde meme kanseri öyküsü var mı?

- Evet
- Hayır

19. Cinsel ilişki sıklığınız nasıldır?
    - Haftada 2'den fazla
    - Haftada 1-2 kez
    - Ayda 2-3 kez
    - Ayda 1 ve daha az
20. Son 6 aydaki cinsel yaşamınızı düşündüğünüzde cinsel yaşam memnuniyetinizi nasıl tanımlarsınız?

- Hiç memnun değilim
- Biraz memnunum

8.2.2.Vaka Grubu Tanıtıcı Özellik Formu

Bu araştırma meme kanserli kadınlarda tedavinin yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonu değerlendirme amacıyla yapılmaktadır. Çalışma sonuçlarının güvenirliği açısından tüm sorulara yanıt vermeniz rica olunur. Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Yaşınız
2. Boyunuz
3. Kilonuz
4. En çok yaşadığınız yer
   - o İl
   - o İlçe
   - o Köy
5. Medeni durumunuz nedir?
   - o Evli
   - o Bekar (Partneri var)
6. Eşinizle/Partnerinizle olan ilişki süreniz ne kadardır?
7. Çocuğunuz var mı?
   - o Evet
   - o Hayır
8. Eğitim durumunuz nedir?
   - o Okur-yazar
   - o Lise Mezunu
   - o İlkokul Mezunu
   - o Üniversite Mezunu
   - o Ortaokul Mezunu
9. Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?
   - o Düşük (Gelir Giderden Az)
   - o Orta (Gelir Gidere Denk)
   - o Yüksek (Gelir Giderden Fazla)
10. Şu anda bir işte çalışıyor musunuz?
    - o Evet
    - o Hayır
11. Eşiniz/partneriniz çalışıyor mu?
    - o Evet
    - o Hayır
12. İlk adet görme yaşınız?
13. Adet görme durumunuz devam ediyor mu?
    - o Evet, devam ediyor
    - o Hayır, menopoza girdim

Cevabınız evet ise 15. sorudan devam ediniz.

14. Menopoza ne zaman girdiniz?
15. Daha önce pelvik (karnın alt kısmı) cerrahi (rahmin alınması, yumurtalıkların alınması gibi) geçirdiniz mi?
    - o Evet
    - o Hayır
16. Kronik ya da sistemik bir hastalığınız var mı?
    - o Evet
    - o Hayır
17. Ailenizde kanser öyküsü var mı?
    - o Evet
    - o Hayır
18. Ailenizde meme kanseri öyküsü var mı?
    - o Evet
    - o Hayır
19. Cinsel ilişki sıklığınız nasıldır?
    - o Haftada 2'den fazla
    - o Ayda 2-3 kez
    - o Haftada 1-2 kez
    - o Ayda 1 ve daha az
20. Son 6 aydaki cinsel yaşamınızı düşündüğünüzde cinsel yaşam memnuniyetinizi nasıl tanımlarsınız?
    - o Hiç memnun değilim
    - o Memnunum
    - o Biraz memnunum
    - o Çok memnunum

21. Ne kadar süre önce meme kanseri tanısı aldınız?

22. Meme kanseri nedeniyle aşağıdaki hangi tedavileri aldınız?
    - o Kemoterapi
    - o Radyoterapi
    - o Hormon Tedavisi
    - o Cerrahi Tedavi
    - o Hiçbir tedavi uygulanmadı

23. Tedavi(ler)den önce cinsel ilişki sıklığınız nasıldı?
    - o Haftada 2'den fazla
    - o Haftada 1-2 kez
    - o Ayda 2-3 kez
    - o Ayda 1 ve daha az

24. Tedavi(ler)den önce herhangi cinsel bir probleminiz var mıydı?
    - o Evet
    - o Hayır

25. Tedavi(ler)den sonra cinsel ilişki sıklığınız nasıldır?
    - o Haftada 2'den fazla
    - o Haftada 1-2 kez
    - o Ayda 2-3 kez
    - o Ayda 1 ve daha az

26. Tedavi sonrası cinsel probleminizin olduğunu düşünüyor musunuz? *(Cevabınız hayır ise 28. Sorudan devam ediniz.)*
    - o Evet
    - o Hayır

27. Tedavi sonrası olduğunu düşündüğünüz cinsel probleminizin hangi tedaviden sonra ortaya çıktığını işaretleyiniz. (Birden fazla şık işaretlenebilir)
    - o Cerrahi Tedavi Nedeniyle
    - o Kemoterapi Nedeniyle
    - o Radyoterapi Nedeniyle
    - o Hormon Tedavisi nedeniyle

28. Tanı aldıktan sonraki cinsel yaşamınızı düşündüğünüzde cinsel yaşam memnuniyetinizi nasıl tanımlarsınız?
    - o Hiç memnun değilim
    - o Biraz memnunum
    - o Memnunum
    - o Çok memnunum

29. Hastalığınız süresince sağlık çalışanları tarafından size cinsel yaşamınızla ilgili bilgilendirme yapıldı mı?
    - o Evet
    - o Hayır

30. ***Cevabınız evet ise*** size bilgi veren kimdi? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.
    - o Hemşire
    - o Doktor
    - o Psikolog
    - o Cinsel Terapist
    - o Diğer

31. ***Cevabınız hayır*** ise bu konuda bilgi verilmesini ister miydiniz?
    - o Evet
    - o Hayır

8.3. EORTC-QLQ -C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız.

	Hiç	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	**1**	**2**	**3**	**4**
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	**1**	**2**	**3**	**4**
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	**1**	**2**	**3**	**4**
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
Geçtiğimiz hafta boyunca:	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	**1**	**2**	**3**	**4**
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	**1**	**2**	**3**	**4**
Geçtiğimiz hafta boyunca:	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**

8. Nefes darlığı çektiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
9. Ağrınız oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
12. İştahınız azaldı mı?	**1**	**2**	**3**	**4**
Geçtiğimiz hafta boyunca:	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
13. Bulantınız oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
14. Kustunuz mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
15. Kabız oldunuz mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
16. İshal oldunuz mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
17. Yoruldunuz mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
18. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
19. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
20. Gerginlik hissettiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
21. Endişelendiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
22. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
23. Bunalıma girdiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
Geçtiğimiz hafta boyunca:	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
24. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
25. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
27. Fiziksel durumunuz veya	**1**	**2**	**3**	**4**

tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?				

Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı işaretleyiniz.

1=Çok kötü 7= Mükemmel

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7

8.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği – Kadın Formu

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin.

1. **Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?**

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. **Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?**

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. **Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?**

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. **Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?**

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. **Orgazmınız tatmin edici midir?** *(Orgazm: Bızır, hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması)*

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

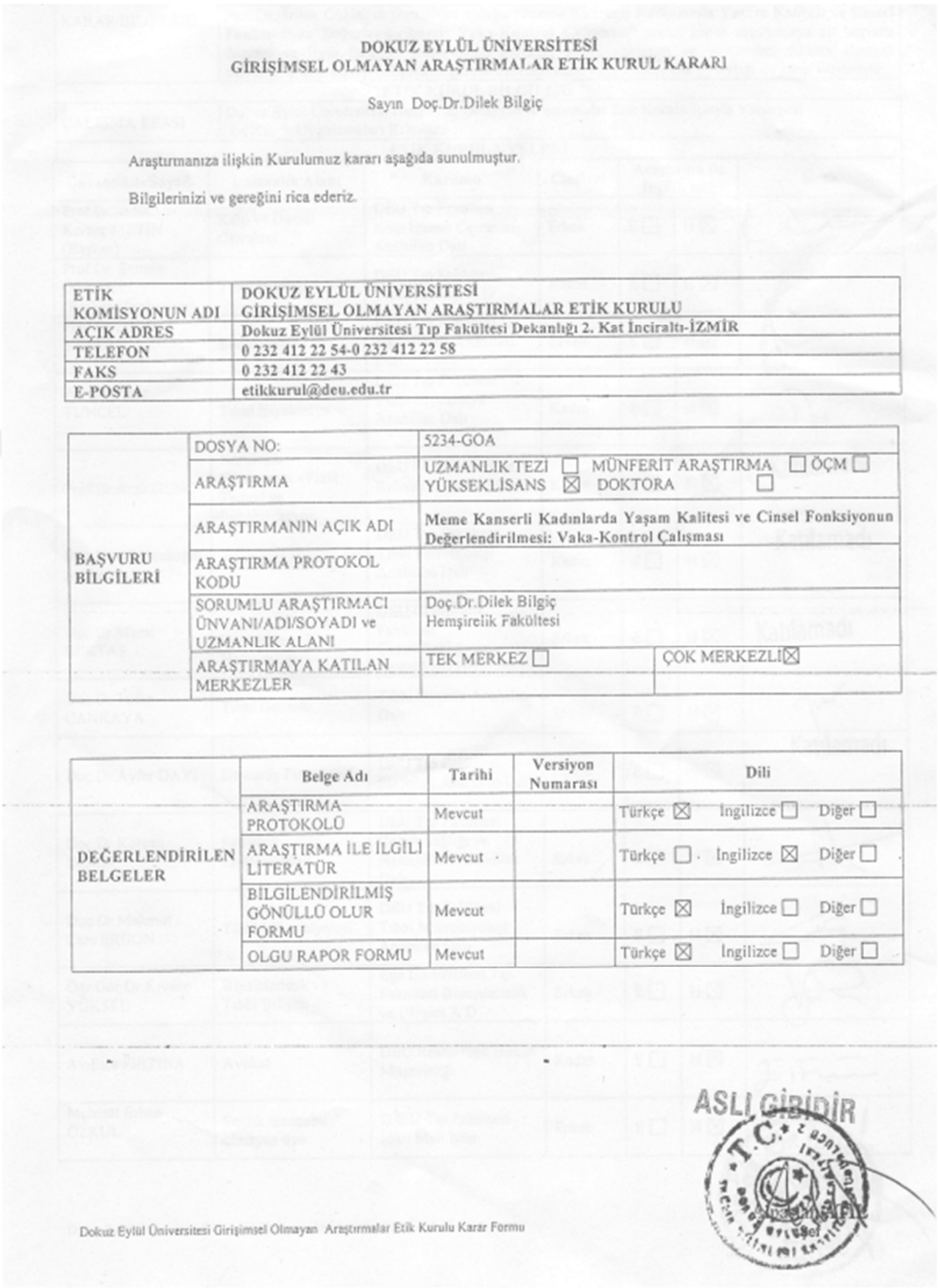
8.5. EORTC-QLQ-BR23 Meme Kanserine Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız.

Geçtiğimiz hafta boyunca:	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
1.Ağzınızda kuruma oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
2.Yediklerinizde ve içtiklerinizde her zamankinden farklı bir tat var mıydı?	**1**	**2**	**3**	**4**
3.Gözlerinizde batma, yanma veya sulanma oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
4.Saçınız döküldü mü?	**1**	**2**	**3**	**4**
5.*Bu soruyu yalnızca saçınız döküldü ise yanıtlayınız:* Saçınızın dökülmesinden dolayı üzüldünüz mü?	**1**	**2**	**3**	**4**
6.Kendinizi hasta veya rahatsız hissettiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
7.Bu hastalıktan dolayı sıcak (ateş) basmaları oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
8.Başınızda ağrı oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
9.Hastalığınız veya tedaviniz nedeni ile kendinizi daha az çekici (cezbedici) hissettiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
10.Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda kendinizi daha az kadınsı hissediyor musunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**
11. Kendinizi çıplak olarak görmekte zorlandığınız oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
Geçtiğimiz hafta boyunca:	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
12.Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
13.Gelecekteki sağlığınız için endişe duydunuz mu?	**1**	**2**	**3**	**4**

Geçen dört hafta boyunca:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
14. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	**1**	**2**	**3**	**4**
15. Cinsel birleşme olsun ya da olmasın cinsel olarak ne kadar aktiftiniz?	**1**	**2**	**3**	**4**
Bu soruyu, geçen dört hafta boyunca cinsel faaliyetiniz olduysa yanıtlayınız: 16. Cinsel hayatınız yada ilişkinizden ne derece zevk aldınız?	**1**	**2**	**3**	**4**
17. Kolunuzda veya omzunuzda ağrı oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
18.Kolunuzda veya elinizde şişme oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
19.Kolunuzu kaldırmakta veya hareket ettirmekte zorlandınız mı?	**1**	**2**	**3**	**4**
20.Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede ağrı hissettiniz mi?	**1**	**2**	**3**	**4**
21.Hasta memenizin bulunduğu bölgede şişme oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
22.Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede aşırı hassasiyet oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**
23.Hastalanan meme bölgenizde cilt sorunlarınız oldu mu?	**1**	**2**	**3**	**4**

8.6. Etik Kurul İzni



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Dilek Bilgiç

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5234-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanserli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi: Vaka-Kontrol Çalışması	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Dilek Bilgiç Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ☒

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

ASLI GİBİDİR

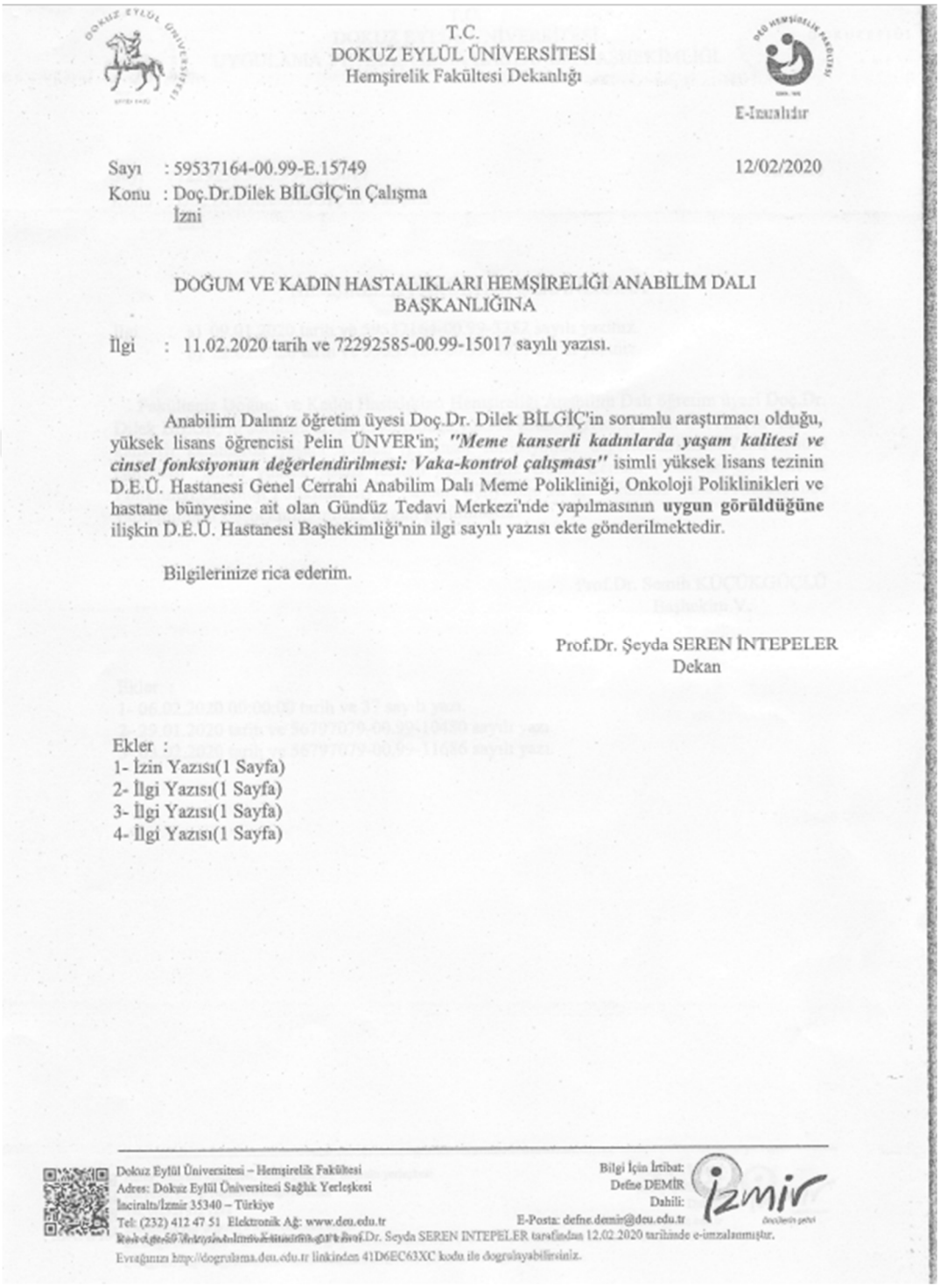
Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Prof.Dr. Dilek Güldal'ın sorumlusu olduğu **"Meme Kanserli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi: Vaka-Kontrol Çalışması"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

8.7. Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 59537164-00.99-E.15749 12/02/2020
Konu : Doç.Dr.Dilek BİLGİÇ'in Çalışma İzni

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 11.02.2020 tarih ve 72292585-00.99-15017 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız öğretim üyesi Doç.Dr. Dilek BİLGİÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Pelin ÜNVER'in; ***"Meme kanserli kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi: Vaka-kontrol çalışması"*** isimli yüksek lisans tezinin D.E.Ü. Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Polikliniği, Onkoloji Poliklinikleri ve hastane bünyesine ait olan Gündüz Tedavi Merkezi'nde yapılmasının **uygun görüldüğüne** ilişkin D.E.Ü. Hastanesi Başhekimliği'nin ilgi sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dekan

Ekler :
1- İzin Yazısı(1 Sayfa)
2- İlgi Yazısı(1 Sayfa)
3- İlgi Yazısı(1 Sayfa)
4- İlgi Yazısı(1 Sayfa)

Dokuz Eylül Üniversitesi – Hemşirelik Fakültesi
Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi
İnciraltı/İzmir 35340 – Türkiye
Tel: (232) 412 47 51 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Bilgi İçin İrtibat:
Defne DEMİR
Dahili:
E-Posta: defne.demir@deu.edu.tr
Bu kısmı gerekli ve kısmı kalmıyor. Kısmı gerekli Prof.Dr. Seyda SEREN INTEPELER tarafından 12.02.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 41D6EC63XC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 56797079-00.99-E.10480 29/01/2020
Konu : Pelin Ünver'in Y.L.Tez Çalışma İzni

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 24.01.2020 tarih ve 72292585-00.99-9083 sayılı yazınız.

Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ' in sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Pelin ÜNVER' in " Meme kanserli kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi: Vaka-kontrol çalışması " isimli yüksek lisans tezinin, Kolorektal Cerrahi Polikliniği'nde yapılması uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Tarkan ÜNEK
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı

Dokuz Eylül Üniversitesi
Adres: Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340
Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 22 22 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeyluluniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi İçin İrtibat:
Pınar ARISOY
Dahili:
E-Posta: pinar.arisoy@deu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Tarkan ÜNEK tarafından 29.01.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 69834495XD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ



PELİN ÜNVER

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2013 - 01 Haziran 2017 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 75.0 / 100.0

01 Eylül 2009 - 01 Haziran 2013 (3 yıl 10 ay)
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜKLERİ VE OKULLAR MUĞLA İLİNDEKİ OKULLAR MARMARİS İLÇESİNDEKİ OKULLAR HALICI AHMET URKAY ANADOLU LİSESİ, TÜRKİYE
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 73.09 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Şubat 2018 - Şu Anda (5 yıl) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0