



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MEME KANSERİ OLAN KADINLARDA BEDEN İMAJI VE
CİNSEL UYUMUN BELİRLENMESİ**

KADRİYE BAŞKAYA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SELDA RIZALAR

İSTANBUL-2019

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgilerini benden esirgemeyen, her danıştığım da bana zaman ayırıp sabırla özveriyle yol gösteren, deneyimlerini benimle paylaşan değerli danışmanım Doç. Dr. Selda RIZALAR'a

Çalışmam süresince önümü açan, desteklerini benden esirgemeyen, tüm problemlerime çözüm bulan, sayın Sevgi Yiğit'e

Desteği, yardımları, bizimle paylaştığı bilgileri ile her zaman yanımızda olan büyük şanslılıklar sonucu karşılaştığımız şansımız Sayın Prof. Dr. Özcan YILDIZ'a

Tezimin metodolojik araştırması sırasında veri topladığım Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi kemoterapi sorumlu hemşiresi sayın Sevil KONUK'a ve kemoterapi hemşirelerine,

Veri analiz sürecinden bilgisini benimle paylaşan, destekleyen, yardımcı olan Sayın Serkan ETİ'ye,

Hayatımın her evresinde bana destek olan, her zaman arkamda hissettiğim tez konumun ana karakteri annem Şükran BAŞKAYA, babam Muzaffer BAŞKAYA'ya ve ablalarım Hanife BAŞKAYA, Hafize BAŞKAYA, kardeşim Aybüke Tuana BAŞKAYA'ya

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMA LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Memenin Yapısı.....	6
4.2. Meme Kanseri.....	7
4.3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	7
4.4. Meme Kanserinin Etiyolojisi.....	8
4.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	8
4.4.2. Yaşam Tarzı ile İlişkili Risk Faktörleri.....	11
4.4.3. Belirsiz Risk Faktörleri.....	13
4.4.4. Kanıtlanmamış Risk Faktörleri.....	14
4.5. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	14
4.6. Meme Kanserinde Erken Tanı.....	16
4.6.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	17

4.6.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	18
4.6.3. Mamografi.....	18
4.7. Meme Kanserde Klinik Tanı.....	20
4.7.1. Ultrasonografi.....	20
4.7.2 Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG).....	20
4.7.3 Biyopsiler.....	20
4.8. Meme Kanseri Tipleri.....	22
4.9. Meme Kanseri Evrelendirme.....	24
4.10. Meme Kanserde Tedavi.....	25
4.10.1. Cerrahi Tedavi.....	25
4.10.1.1. Meme Koruyucu Cerrahi.....	25
4.10.1.2. Mastektomi.....	27
4.10.2. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLN).....	28
4.10.3. Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu.....	30
4.11. Radyoterapi.....	30
4.12. Meme Kanserde Sistemik Tedaviler.....	31
4.12.1. Kemoterapi.....	31
4.12.2. Hormonoterapi.....	32
4.12.3. Hedefe Yönelik Tedavi.....	33
4.13. Meme Kanseri ve Beden İmajı.....	34
4.13.1. Mastektomi ve Beden İmajı İlişkisi.....	35
4.14. Meme Kanseri ve Cinsel Yaşam.....	37

5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	40
5.1.2. Araştırma Soruları.....	40
5.1.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	40
5.1.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	40
5.2. Veri Toplama Araçları.....	42
5.2.1 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	43
5.2.2. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
5.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	43
6. BULGULAR.....	45
7. TARTIŞMA.....	58
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
9. EKLER.....	68
10. KAYNAKÇA.....	74
11. ETİK KURUL ONAYI.....	87
12. ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR LİSTESİ

ACS	American Cancer Society
CUBİÖ	Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği (Sexual Harmony Body Image Scale)
DCIS	Noninvaziv Duktal Karsinom
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
LCIS	Lobüler Karsinoma İnsitu
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKS	Oral Kontraseptif
SLN	Sentral Lenf Nodu Biyopsisi

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa no
Tablo 4.1. Türkiye Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Tarama Programı.....	16
Tablo 4.2. BI-RADS Dereceleri ve Yöntemi.....	19
Tablo 4.3. Meme Kanserinde Evreleme.....	24
Tablo 5.1. CUBİÖ Alt Boyutlarına Ait Cr Alfa Değerleri.....	43
Tablo 6.1. Meme Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	45
Tablo 6.2. Meme Kanserli Hastaların Cinsel Uyum ve Beden İmajı Alt Ölçek Toplam Puanları.....	47
Tablo 6.3. Meme Kanserli Bireylerin Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanları Arasında İlişki.....	48
Tablo 6.4. Meme Kanserli Bireylerin Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 6.5. Meme Kanserli Bireylerin Kronik Sağlık Sorunlarına Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	49
Tablo 6.6. Meme Kanserli Bireylerin Medeni Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	50
Tablo 6.7. Meme Kanserli Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	51
Tablo 6.8. Meme Kanserli Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	52
Tablo 6.9. Meme Kanserli Bireylerin Gelir Düzeyine Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	53

Tablo 6.10. Meme Kanserli Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	54
Tablo 6.11. Meme Kanserli Bireylerin Cerrahi Tedavi Tipine Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	55
Tablo 6.12. Meme Kanserli Bireylerin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	56
Tablo 6.13. Meme Kanserli Bireylerin Hormonterapi Alma Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	56
Tablo 6.14. Meme Kanserli Bireylerin Menstrüasyon Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	57

1.ÖZET

MEME KANSERİ OLAN KADINLARDA CİNSEL UYUM ve BEDEN İMAJI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışmanın amacı meme kanseri olan kadınlarda cinsel uyum ve beden imajı düzeyinin belirlenmesidir.Özel bir Üniversite Hastanesinde 20 Kasım 2017- 26 Ekim 2018 tarihleri arasında başvuran 183 meme kanserli hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 25 progamında t-testi, MWU, Kruskall Wallis, Kanonik korelasyon analizi ile değerlendirildi. Katılımcıların yaş ortalaması 49 olup %96'sı evlidir. Hastaların %40'nde tanı konulduktan sonra 3-6 ay zaman geçtiği belirlenmiştir. hastaların %39,89'unun 2., %31,15'inin 3. evrede olduğu belirlenmiştir. Hastaların %54,64'üne meme koruyucu cerrahi uygulanmıştır. Hastaların %99'ne kemoterapi, %51'sine radyoterapi, %51'ine hormonterapi uygulanmıştır. Hastaların CUBİÖ alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; Önceki Beden İmajı 10,81±2,32, Sonraki Beden İmajı 9,69±2,69, Önceki Cinsel Uyum 7,04±1,73, Memelerin Cinsellikteki Önemi 7,40 ±2,34, Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi -4,28±2,63 olarak bulundu. Hastaların beden imajı puanları ile cinsel uyum puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu ($r=0,330;p<0,001$). Kronik sağlık sorunu olan ve olmayan hastalar arasında sonraki beden imajı ve önceki cinsel uyum alt boyut puanlarında anlamlı fark bulundu ($t=2,594; p=0,01,t=2,1;p=0,032$). Evli ve bekar hastalar arasında Önceki Beden İmajı ve CU-Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi alt boyutlarında anlamlı fark bulundu ($U=296,5 p=0,019 U=331; p=0,035$). Çocuğu olan ve olmayan hastalarda önceki ve sonraki beden imajı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($U=795; P=0,03; U=808,5; P=0,004$). Farklı gelir düzeylerine sahip hastaların CU-Önceki Cinsel Uyum alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu($KW=8,326;p=0,016$). Çalışan, çalışmayan ve emekli olan hastalar arasında Cinsel Uyum-Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($KW=8,832;p=0,012$).

Anahtar Kelimeler:Beden imajı, Cinsel uyum, Hemşirelik, Hemşirelik bakımı, Meme kanseri

2. ABSTRACT

DETERMINATION OF BODY IMAGE AND SEXUEL ADJUSTMENT IN WOMEN WITH BREAST CANCER

The aim of this study was done to determine the level of sexual adjustment and body image of the women with breast cancer. The population of the study consists of 183 breast cancer patients admitted to the the private Hospital between November 20, 2017 and October 26, 2018. The data were collected using Sexual Adaptation and Body Image Scale (SABIS). The data were evaluated in SPSS, 25 program with t-test, MWU, Kruskal Wallis, Canonical correlation statistical analysis methods. The mean age of the participants was 49.03, 96 % were married, 40% of the patients had a 3-6 month period after diagnosis, 39.89% were in the 2nd stage, 31% were in the 3rd. Breast conserving surgery was performed in 54.64% of the patients. Chemotherapy was applied to 99%, radiotherapy 51% and hormone therapy was applied to 51% of the patients. The SABIS scores of the patients were as follows; Prior Body Image $10,81 \pm 2,32$, Postbody Image $9,69 \pm 2,69$, Prior Sexual Adaptation $7,04 \pm 1,73$, Sexual importance of breasts 7.40 ± 2.34 , Impact on Sexual Functioning-4 was found to be 28 ± 2.63 . There was a weak positive correlation between body image scores and sexual adjustment scores ($r=0.330, p<0.001$). Statistically significant difference was found in Postbody Image and prior sexual adjustment subscales in patients with and without chronic diseases ($t=2.594, p=0.01, t=2.1, p=0.032$). There was a significant difference between single and married patients in terms of prior body image and its effect on sexual adjustment-Impact on Sexual Functioning ($U=296.5, p=0.019, U=331; p=0.035$). A statistically significant difference was found in the body image sub-dimensions of patients with and without children ($U=795, P=0.03, U=808.5, P=0.004$). A significant difference was found between the Prior Sexual Adjustment subscale scores of patients with different income levels ($KW=8,326, p=0,016$). A statistically significant difference was found between the working, non-working and retired patients in terms of their effect on Sexual Adjustment-Impact on Sexual Functioning subscales scores ($KW=8.832 p=0.012$).

Key Words: Body image, Breast cancer, Nursing, Nursing care, Sexual adjustment.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri, meme hücrelerinde başlayan malign bir tümördür ve kadınlarda dünya çapında en sık görülen kanser türüdür. Meme kanseri kadınlarda görülen kanserlerin %33'ünü ve kanserle ilişkili ölümlerin %20 sini oluşturmaktadır [1]. Tüm ülkelerde meme kanseri insidansı %25.1 ve 5 yıllık prevalans 100.000'de 36.3'tür [2]. 2018 yılında 2.1 milyon yeni meme kanseri vakası ve meme kanseri nedeniyle 630.000 ölüm gerçekleşmiştir. Veriler incelendiğinde her 8 kadından biri ve her 1000 erkekten 1'i hayatlarının bir noktasında invazif meme kanseri geçireceği tahmin edilmektedir [3]. Meme kanseri insidansı 2011-2016 yılları arasında 124.7 olduğu görülmüş [4]. 2019 yılında 1,7 milyondan fazla yeni kanser vakası teşhisi konacağı, bunlardan %30'unun meme kanseri olacağı tahmin edilmektedir [5].

Dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de meme kanseri insidansı yıllara göre artış göstermektedir. Sağlık Bakanlığı 2015 yılı verilerine göre, kanser tanısı konulan her dört kadından birinin meme kanseri olduğu açıklanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılı verilerine göre ülkemizde meme kanseri insidansı kadınlar arasında yüz binde 41.6'dur [6]. Sağlık Bakanlığı 2017 Türkiye kanser raporuna göre bir yıl içinde yaklaşık 17.000 kadına meme kanseri tanısı konulduğu bildirilmiştir. Meme kanserinde erken tanı konulması ve etkin tedavinin uygulanması sonucu bireylerin yaşam süresi uzamıştır. Günümüzde dikkatler meme kanseri olan kadınların tedavi sonrası yaşam kalitesini geliştirmeye yönelmiştir [7].

Meme kanseri olan kadınlar ağrı, lenfödem, kaygı, öfke ve depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, öz kırım düşünceleri, sosyal izolasyon, dışılık özelliklerini kaybetme korkusu ve cinsel işlev bozukluğu gibi birçok sorun ile baş etmek durumunda kalmaktadırlar [7], bu durum meme kanserinin kadınları fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi yönden etkilediği ortaya çıkarmıştır. Meme kanserinin cerrahi tedavisi amacıyla yapılan mastektomi kadınların görünümünde kalıcı değişime yol açmaktadır. Cerrahi tedavi sonucu bir organın kayba uğraması ve beden görünümünün değişmesi, hastalar için olumsuz etkilere yol açabilmektedir [8].

Beden imajı; benliğin fiziksel boyutunu oluşturur ve fiziksel görünüm, sağlık durumu, fiziksel beceriler ve cinsellikle ilgili tutum ve algıları içerir. Beden imajı bireyin kişiliği, değerleri ve ilişkilerinin önemli bir parçasıdır, benlik kavramının temel ögesidir. [11, 12].Literatür incelendiğinde meme kanseri tanısı konulan hastaların beden imajının, benlik kavramının, duygusal ve davranışsal durumunun bozulabildiği, aile dinamiğinde sorun olabildiği ve rol değişimi yaşanabildiği belirtilmektedir [9, 10].

Meme kanseri, kansere yüklenen anlamın yanı sıra cerrahi tedavi nedeniyle kadınlar tarafından hem yaşam için hem de kadınlık duygusu için tehdit olarak algılanmaktadır. Memenin kaybı kadın için; kadınlığın kaybı, cinselliğin sona ermesi ve anneliğin eksik kalması gibi anlamlar taşımaktadır. Kadının yaşadığı şok ve inkar sonrasında bu kaygılar ağır basmakta, hastalık ve tedaviye uyumu güçleştirmektedir [9]. Meme kanseri tedavileri kadınların beden imajı, cinsel uyum ve sosyal yaşamla ilgili sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Cinsellik, insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünümleri ve içinde yaşadıkları topluma göre şekillenen bir kavramdır. Kanserli hastaların cinsel yönden etkilenmelerinin nedeni, cinsel sağlığın dört önemli ögesi olan beden görüntüsü, cinsiyet rolü (kadınlık/dişilik kimliği), cinsel işlevler ve üreme yeteneğinin etkilenmesidir [13].

Yapılan çalışmalarda mastektomi sonrası olumsuz beden imajı nedeniyle beden algısının bozulduğu bu nedenle cinsel doyumda azalma ve eş uyumunda bozulma geliştiği gösterilmiştir[14, 15]. Cinsel doyumda azalma kadınlarda özgüven azalmasına, karşılıklı ilişkilerde bozulmalara ve strese neden olmaktadır. Meme kanseri ve tedavi sürecine bağlı cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlarda yaşam kalitesinin düşeceği ve depresyona neden olabileceği düşünülmektedir.Przedziacki ve ark.'nın (2013) meme kanseri tedavisini tamamlayan 279 kadınla yaptıkları çalışmada; kadınların olumsuz beden imajı yaşadıkları; bu durumun stresi arttırdığı ve benlik saygısını azalttığı belirlenmiştir[16]. Fouladi ve ark.tarafından yapılan çalışmada kadınlar meme kanserine bağlı olarak üzüntü, korku ve düş kırıklığı yaşadıklarını belirtmişlerdir[17].

Hemşireler meme kanseri tedavi edilmiş cerrahi geçirmiş kadınlarda olumsuz beden imajı ve cinsel problemlerin belirlenmesinde anahtar rol oynarlar. Kadına ve eşlerine negatif beden imajının ve cinsel problemlerin çözümlenmesinde baş etme stratejileriyle destek olurlar. Beden imajını ve cinsel uyumu değerlendirmek, uygun hemşirelik bakımının planlanması için temel oluşturur. Kültürel olarak geçerlilik, güvenilirliği belirlenmiş ölçeklerle durum belirlemesi yapmak belli bir kültürden bireylerin bakımının planlanmasında son derece önemlidir. Beden imajı ve cinsel uyum durumunun belirlenmesinden sonra uygun hemşirelik bakımı sağlanabilecektir. Sheppard ve arkadaşlarının (2008) Güney Avustralya'lı meme kanserli kadın ile yaptıkları çalışmada meme bakım hemşirelerinin ve diğer sağlık çalışanlarının meme kanserinin cinsellik ve beden imajı üzerindeki etkileri konusunda daha bilinçli olmalarına, hasta ve eşi ile bu konuları daha rahat tartışabilmelerine yardımcı olmaları gerektiği vurgulanmıştır [18]. Chen ve arkadaşlarının (2012) 102 meme kanserli hasta ile yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesinde meme kanserli kadınlara destek grubunda eğitim yapılmasının beden imajı değişiklikleri ile baş etmelerine yardımcı olduğu bulunmuştur [19]. Sheppard ve Ely 2008 yılında yaptıkları bir çalışmada meme cerrahisine bağlı vücut değişiklikleriyle ilgili danışmanlık ve eğitimin kadınların cinsel sağlık konuları hakkında eşleri ile iletişimlerini geliştirdiği belirtilmiştir. Meme kanseri olan kadınlarda beden imajı ve cinsel uyum düzeyi konusunda ülkemizdeki çalışmaların sınırlı sayıda olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri olan kadınlarda beden imajı ve cinsel uyum durumunun belirlenmesi sonrasında uygun hemşirelik bakımı sağlanabilecektir. Bu çalışmanın amacı meme kanseri olan kadınlarda beden imajı ve cinsel uyumun belirlenmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Memenin Yapısı

Meme sekonder cinsiyet özelliklerinden olup hormonlar ve büyüme faktörlerinin etkisiyle biçimlenen dinamik bir organdır. Kadında memenin şekli ve boyutu, genetik faktörler, uyguladığı diyet, yaş, ırk, yapılan doğum sayısı, menstrüel siklusun dönemine bağlı olarak farklılıklar gösterir. Sağlıklı yetişkin bireylerde memeler tamamen eşit olmamakla beraber simetriktir. Meme, toraks üzerinde vertikal olarak ikinci ve altıncı kostalar arasında, horizontal olarak sternum ile orta aksiler hat arasında simetrik olarak yer alan ve taban çapı 10-12 cm olan bir çift salgı organıdır. Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör kası üzerinde, üçte birlik bölümü ise serratus anterior kası üzerinde yer almaktadır [20, 21, 22, 23].

Her bir meme bezi 12-20 lobdan, her lob sekresyon hücreleri tarafından oluşan 20-40 lobülden, her bir lobül ise 10-100 alveolden oluşmaktadır. Üzüm salkımı görünümünde olan loblar duktus laktiferi adı verilen kendilerine ait kanalla meme başına açılır. Meme başı areola adı verilen yuvarlak koyu renkli yapının merkezinde yer alır[22, 23]. Memenin şekli ve sertliği içerdiği yağ dokusu miktarına bağlıdır ve memenin yaklaşık olarak %85'i yağ dokusudur. Memenin dokusu fasya ile çevrili olup memenin şekli cooper ligamentleri ile sağlanmaktadır [21, 22, 23].

Memenin Kanlanması; memenin %60'ına internal torasik arter, %30'una lateral torasik arter ve geri kalan bölümüne interkostal arterler kan sağlar.

Memenin Lenfatikleri; lenfatik sistem vasküler sistemin bir parçasıdır ve meme kanserinin yayılmasında önemli bir role sahiptir. Hücreler arası aralıkta biriken lenf sıvısı lenfatik kapillere geçer. Lenf kapiller ilk olarak toplayıcı lenf damarına, daha sonra lenf nodlarına drene olur. Lenf nodundan çıkan lenf damarları genişleyerek ve birleşerek venöz dolaşıma katılır. Lenfatik damarların büyük bir kısmı (%75) aksillada bulunan lenf nodlarına akış sağlarken, küçük lenfatik damarlardan birkaçı (%25) memede derine yerleşmiş olan internal mamma lenf nodlarına doğru akış sağlar [22, 24, 25, 26].

4.2. Meme Kanseri

Meme kanseri; memedeki süt bezlerinde ve süt kanallarındaki hücrelerin kontrolsüz bir Şekilde çoğalması sonucu oluşan bir hastalık türüdür. Meme kanseri meme hücrelerinde başlayıp memedeki süt bezi ve süt kanallarındaki hücrelerin kontrolsüz bir Şekilde çoğalması sonucu oluşan kanser türüdür [27,28].

4.3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi:

GeliŐmiŐ ve geliŐmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülen meme kanseri Avrupa'da kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Türkiye'de ve dünyada kadınlar arasında grlme sıklığı birinci sırada yer almakta ve grlme insidansı yıllar içinde artış göstermektedir.

Tüm ülkelerde meme kanseri insidansı %25.1 ve 5 yıllık prevelans 100.000'de 36.3 olduğu tahmin edilmektedir [2]. Globocan verilerine göre 2018 yılında yaklaşık 2,1 milyon yeni teşhis edilmiş meme kanseri vakası bulunmaktadır (GLOBOCAN 2018). Sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2018 yılında teşhis edilen tahmini 270.000 meme kanseri vakası bulunmaktadır. Her 8 kadından biri ve her 1000 erkekten 1'i hayatlarının bir noktasında invazif meme kanseri geçireceği tahmin edilmektedir. (cancerresearuchuk.org, 2018). Amerikan kanser dermeği verilerine göre 2019 yılında 268,600 kişinin meme kanseri olacağı, 41,760 kişinin meme kanseri nedeniyle hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (ACS, 2019).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine göre kadınlar arasında görülen ilk 10 kanserden birinci sırada yer almaktadır. Sağlık Bakanlığının 2015 yılı verilerine göre ülkemizde meme kanseri insidansı kadınlar arasında yüz binde 41.6'dur [6]. Sağlık Bakanlığı 2017 Türkiye kanser raporuna göre bir yıl içinde yaklaşık 17.000 kadına meme kanseri tanısı konulduğu bildirilmiştir.

4.4. Meme Kanseri Etiyolojisi:

Meme kanserinin nedeni kesin olarak bilinmemektedir; fakat meme kanseri oluşumunda etkili olan bir çok risk faktörü vardır. Amerikan Kanser Derneği bu risk faktörlerini değiştiremeyen risk faktörleri, yaşam tarzıyla ilgili risk faktörleri, belirsiz risk faktörleri ve kanıtlanmamış risk faktörleri olarak dört başlık altında toplamıştır [32].

4.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri:

Yaş; kadınlarda meme kanseri gelişiminde önemli bir faktördür. İlerleyen yaşlarda meme kanserine yakalanma ihtimali artmakla beraber 80-85 yaşları arasındaki kadınlarda meme kanseri olma riski, 30-35 yaş arası kadınlardan 30 kat daha fazladır [26]. Bu duruma neden olan etken bilinmemekle birlikte yaşam süresinde uzama, hormon replasman tedavileri ve obezitenin neden olduğu düşünülmektedir [33, 34, 35].

Cinsiyet; kadın olmak meme kanseri riskini arttıran en önemli etkidir. Meme kanserinin kadınlarda erkeklere göre görülme oranı %99'dur. Bunun sebebi kadınlarda erkeklere göre östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin daha yüksek olmasıdır [36].

Genetik faktörler; genetik mutasyonların olduğu koşullarda meme kanseri riskinde artış olduğu bilinmektedir. Meme kanserinin %5 ile %10'unun genetik geçişli olduğu tahmin edilmektedir. Kalıtsal meme kanserlerinin bir çoğu BRCA1 ve BRCA2 genlerinin mutasyonu sonucu oluşur. BRCA1 ve/veya BRCA2 gen mutasyonu taşıyıcı kadınlarda 70 yaşına kadar meme kanseri görülme oranı %50-85'dir.

p53 (Li- Fraumani sendromu); lösemi, sarkom, beyin tümörü ve meme kanseri riskini arttırmaktadır.

PTEN (Cowden sendromu); PTEN geni hücre büyümesine yardım etmektedir. Gen mutasyona uğradığında Cowden sendromu oluşur. Bunun sonucunda sindirim sistemi, troid, over ve meme kanserine neden olmaktadır [37].

Aile hikayesi; birinci derece yakınlarda meme kanseri hikayesi bulunan bireylerde meme kanseri daha sık görülmektedir. Bireyin birinci derece akrabalarından bir kişide meme kanseri varlığı riski iki katına çıkarırken, yakınlarından birden fazla kişide meme kanseri öyküsü olması riski üç katına çıkarmaktadır. Meme kanseri olan birinci derece akrabaların yaşı 50'den küçük ise bireyde meme kanseri riski 3.3 kat artmaktadır [34, 38].

Bireyin meme kanseri hikayesi; bireyin daha önce memesinde kanser gelişmesi diğer memeden veya aynı memenin başka bir bölgesinde kanser gelişme riskini 3-3 kat artırmaktadır [39].

İrk ve etnik köken; her yaş grubundaki beyaz kadınlara göre Afrika kökenli Amerikalı kadınlar daha az ER+ meme kanseri ve daha yüksek ER- meme kanseri oranlarına sahip oldukları için meme kanseri gelişme insidansı beyaz tenli kadınlarda, Afrika kökenli Amerikalı kadınlara göre daha yüksektir fakat meme kanserinden ölme olasılığı daha düşüktür [40].

Meme dokusu yoğunluğu; meme dokusu yoğun olan bireylerde daha fazla meme dokusu daha az yağ dokusu bulunmaktadır. Bu durum meme kanseri riskini 1,5-2 kat arttırmaktadır. Fazla meme dokusu yoğunluğu meme kanseri gelişmesini gösteren güçlü ve bağımsız bir risk faktörüdür. Yaş, menapozal durum, hormon replasman tedavisi, gebelik ve genetik gibi etkenler meme dokusu yoğunluğunu etkilemektedir [41, 42].

Bening meme hastalıkları; meme bening hastalıklarının bazıları meme kanseri için risk oluşturmaktadır. Bening meme hastalıkları riski etkileme durumlarına göre 3 grupta toplanmaktadır.

a) Non-proliferatif Lezyonlar: Bu grupta yer alan fibrokistik hastalıklar (fibrozlar ve/veya kistler), orta dereceli hiperplaziler, yağ nekrozları gibi benign lezyonlar meme kanseri riskini etkilememektedir [41].

b) Atipik Olmayan Proliferatif Lezyonlar:Duktal hiperplaziler, fibroadenom, sklerozan adenozis ve çeşitli papilomlar bu grupta yer almaktadır. Süt bezi ve süt kanallarındaki bezlerin aşırı büyümesi sonucu oluşurlar ve meme kanseri riskini 1,5-2 kat arttırmaktadır [41].

c) Atipik Proliferatif Lezyonlar: Bu lezyonlar atipik duktal hiperplazi, atipik lobüler hiperplazi olup meme kanseri olma riskini 3,5-5 kat arttırmaktadır [42].

Lobüler karsinoma insitu (LCIS); LCIS olan kadınlarda, olmayan kadınlara göre invaziv meme kanseri gelişme olasılığı 7-11 kat artmaktadır. Bu nedenle LCIS olan kadınların doktor muayenelerine düzenli katılmaları ve yılda bir kez mamografi çektirmeleri önerilmektedir

Menstruel siklus; ilk adet yaşı 12 yaşından küçük, menapoza girme yaşı 55 den büyük olan bireyler hayatları boyunca östrojen ve progesteron hormonlarına fazla maruz kalmaktadır. Bu nedenle bireylerde meme kanseri riski artmaktadır [43].

Daha önce göğüse radyasyon alınması; çocukluk veya gençlik dönemlerinde göğüs bölgesine radyoterapi alan bireylerin meme kanseri riski artmaktadır. Bu etken hastanın radyasyon aldığı yaşa göre değişmektedir. Ergenlik döneminde olup meme gelişimi devam eden bireylerde göğse radyasyon alınması meme kanseri riskini arttırmaktayken, 40 yaşından sonra yapılan radyoterapi tedavisi meme kanseri riskini arttırmamaktadır [44].

4.4.2. Yaşam Tarzı ile İlişkili Risk Faktörleri

Çocuk sahibi olma; hiç çocuğu olmayan veya ilk doğumunu 30 yaşından sonra

yapan kadınlarda meme kanseri görölme riski artmaktadır. İlk gebelik yaşı genç olan, birçok gebelik geçiren kadınlarda bu risk azalmaktadır [45].

Doğum kontrol yöntemi;

Oral Kontraseptif kullanımı (OKS); OKS kullanımı kadınlarda meme kanseri görölme riskini arttırmakta, bu risk ilaç kullanımı sonlandıktan kısa bir süre normale dönmektedir. BRCA1 mutasyon taşıyıcısı olup 20 yaşından önce doğum kontrol hapına başlayan kadınlarda hiç kullanmayanlara göre meme kanseri riskinde %45'lik bir artış olduğu saptanmış, BRCA1 mutasyon taşıyıcılarının doğum kontrol hapı kullanmamaları gerektiği belirtilmektedir [46].

Depo- medroxyprogesterone asetat (DMPA); depo-provera progesteron içeren ve 3 aylık enjeksiyon şeklinde uygulanan doğum kontrol yöntemidir. Düzenli olarak 3 aylık enjeksiyonla korunan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır [47].

Menopoz sonrası hormon tedavisi; yapılan çalışmalarda östrojen ve progesteronu beraber içeren hormon tedavisinin beş yıl ve daha üzeri sürelerde kullanımı meme kanseri görölme riskini arttırdığı, sadece östrojen içeren ilaçların meme kanseri riskini etkilemediği saptanmıştır. Fakat sadece östrojen içeren ilaçların uterus kanser riskinin artmasına neden olmasından dolayı östrojen ve progesteron içeren kombine ilaçların kullanılması fakat bu sürenin beş yılı geçmemesi önerilmektedir [40]

Emzirme; emzirmenin menstruasyonu engelleyerek menstruasyon siklus sayısını azalttığı, dolayısıyla meme kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir [40, 36]. 1,5-2 yıl arasında düzenli emzirmek meme kanseri riskini azaltmaktadır. Yapılan bir çalışmada BRCA1 gen mutasyonlarına sahip kadınların bir yıldan az olmamak koşuluyla emzirmelerinin meme kanseri riskini %32 oranında azalttığı bulunmuştur [46]. Yapılan diğer bir çalışmada ise uzun süreli emziren, kısa süreli emziren ve emzirmeyen kadınlar karşılaştırılmış, emzirenlerin hiç emzirmeyenlere göre, uzun süre emzirenlerin kısa süre emzirenlere göre meme kanseri riskinde azalma olduğu saptanmıştır [48].

Alkol kullanımı; alkolün kandaki östrojen ve androjen seviyelerini arttırarak meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir. Tüketilen alkol miktarı ile meme kanseri riskinde doğru orantı gösterilmektedir. Günde bir bardak alkol kullanan kadınlarda riskte düşük bir artış varken, 2-5 bardak alkol kullanan kadınlarda bu risk 1,5 kat artmaktadır [49, 50].

Obezite; menapozdan önce östrojenin büyük bir bölümü overlerde küçük bir bölümü ise yağ dokusunda üretilirken menapozdan sonra yağ dokusu tarafından üretilmektedir. Bu nedenle yağ dokusunda oluşan artış östrojen düzeyin artmasına neden olmaktadır. Menapozdan sonra obezite meme kanseri riskini arttırmaktadır [39]. Diğer bir faktör ise fazla kilolu kadınlarda kandaki insülin seviyelerinde yükselme eğiliminin olmasıdır. Yüksek insülin seviyesinin meme kanseri ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Larsson, Mantzoros ve Wolk (2017)'un çalışmasında DM'un meme kanseri riskini %20 oranında arttırdığı bulunurken, Boyle ve ark'ının (2012) yaptıkları meta analiz çalışması sonuçlarına göre TipII DM'lu bireylerde meme kanseri riskinin %27 oranında arttığı ama beden kitle indeksi istenilen seviyeye düşürüldükten sonra riskin %16'a düştüğü bulunmuştur. Menapoz öncesi kadınlardaki DM ve TipI DM'lu kadınlarda meme kanseri riski arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Fiziksel aktivite; düzenli yapılan egzersizlerin meme kanseri riskini düşürdüğü belirtilmiştir. Fiziksel aktivite beden kitle indeksini ve cinsiyet hormonlarını azaltarak postmenapozal kadınlarda meme kanseri görülme riskini azaltmaktadır [39].

4.4.3. Belirsiz Risk Faktörleri

Beslenme biçimi ve vitamin alımı; literatür incelendiğinde menapoz sonrası dönemde yağ oranı düşük lif yönünden zengin diyetle kilonun kontrol altında tutulması meme kanserine karşı koruyucu olduğu belirlenmiştir [50]. Fakat bazı sonuçlarda çelişki vardır. Yapılan sistemik derleme ve meta analiz sonucu değerlendirildiğinde meyve ve meyve sebzenin beraber tüketilmesi meme kanseri

riskini küçük bir oranda azalttığı, sadece sebze alındığında bu düşüşün geçerli olmadığı saptanmıştır [50]. Amerikan kanser topluluğu 2015 verilerine göre yağ oranı düşük, kırmızı et ve et ürünlerinden fakir, sebze ve meyve ağırlıklı bir diyet önerilmektedir [36]. McKenzei ve ark'ının yaptığı bir çalışmada menapoz sonrası dönemde sağlıklı yaşamın diyet, egzersiz, sigara ve alkolden kaçınma, beden kitle indeksinin düşük olması ile sağlanacağı vurgulanmıştır. Sağlıklı yaşamın meme kanseri görülme riskini düşürdüğü, sağlıklı yaşam davranışlarındaki bir puan artışın meme kanseri riskini azalttığı saptanmıştır [51].

Çevredeki kimyasallar; plastik, kişisel bakım ürünleri, kozmetik ürünleri ve pestisit gibi maddelerin östrojen benzeri özelliklere sahip olduğu ve bu maddelerin meme kanseri riskine etkisi olduğu düşünülmektedir [36]. Yapılan çalışmalarda bu maddelere maruz kalma ile ilişki olduğu saptanmıştır. Kanada'da yapılan araştırmada menapoz öncesi kadınların azot dioksit (NO₂) gazına maruz kalması sonucu meme kanseri risklerinin arttığı bulunmuştur [52].

Sigara kullanımı; genç yaşta sigara kullanımının başlayan kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalar menapoz sonrası dönemde ağır dumanına maruz kalmak ile meme kanseri riski arasında ilişki olabileceğini bildirmişlerdir [53].

Gece çalışma; yapılan çalışmalarda gece vardiyasında çalışan kadınlarda vücudun ışığa maruz kalması nedeniyle melatonin düzeyinde değişiklik olduğu bu nedenle hormon üretimini arttırarak meme kanseri riskinde artış olduğu saptanmıştır [54].

4.4.4. Kanıtlanmamış Risk Faktörleri

Rollon-parfüm-deodorant (Antipersperantlar) kullanımı; koltuk altı için kullanılan antipersperantların deri altına işleyerek lenfatik dolaşıma katıldığı ve bunun da memede birikmesi sonucu meme kanserine neden olduğu söylenmektedir. Antiperspirantların meme kanseri riskini arttırdığına yönelik kanıtlanmış bir çalışma bulunmamaktadır [40].

Sütyen kullanımı; sütyenin lenf dolaşımını engelleyerek meme kanserine neden olduğu söylenmiş fakat literatür incelendiğinde bilimsel ve klinik bir kanıt bulunmamıştır [40].

Kürtaj; kendiliğinden olan düşüklerin ve kürtajın meme kanseri riskine etkisi yoktur [40].

Meme implantları; meme implantları mamografi ile meme dokusunun görüntülenmesini zorlaştırmaktadır. Meme kanseri riski üzerine etkisi yoktur [40].

4.5. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Meme kanserinde en sık karşılaşılan bulgu ele gelen kitle olup bu belirtiyeye ek olarak; meme başından akıntı, meme başında içeriye doğru çekilme, meme başında veya cildinde yara, meme boyutunda değişiklik, meme cildinde çöküntü, ödem ya da şişlik veya genişlemiş damarlar, koltuk altında ele gelen kitle, memede ağrı veya hassasiyet gözlelenebilir [55].

Kitle; zor palpe edilir, genellikle ağrısızdır ve sınırları belli değildir. Kitle genellikle tek taraflı ve süreklidir [142].

Meme derisinde değişiklikler; meme dokusunda iritasyon, ülserasyon, kızarıklık, kalınlaşma gözlelenebilir. Bu belirtiler kanserin ileri evrelerinde tümör hücrelerinin derin fasyaya daha sonra göğüs duvarına ve deriye ulaşması sonucunda oluşur [55].

Meme veya meme başında ağrı; başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı ilerleyen evrelerde ortaya çıkar [55].

Meme başında retraksiyon; tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucu oluşur [55].

Memelerde asimetri; bir memenin diğer bir memeye göre büyük olması normaldir

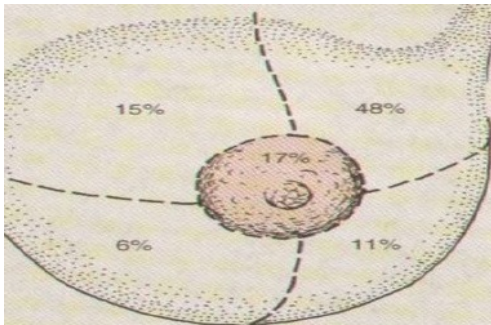
fakat asimetri başlangıcı var ise kontrol edilmelidir. Asimetri; tümörün büyümesi sonucunda oluşur [55].

Lenf nodullerinde büyüme; nodülün metastaz sonucu lenf nodüllerini tıkamasıyla oluşur. Genellikle aksiller ya da klavikula çevresine ele gelen kitle veya şişme ile saptanır [55].

Meme üzerindeki deride ödem, çukurlaşma ve portakal kabuğu görünümü; tümör hücreleri cooper ligamentlerindeki lenf damarlarına ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır, bunun sonucunda lenfler tıkanarak lenf dolaşımının bozulmasına neden olur ve deride ödem meydana gelir. Ayrıca cooper ligamentleri hem pektoralis majör kası hem de derideki fasyaya bağlıdır. Meme tümörleri bu bağları etkileyerek portakal kabuğu görüntüsüne ve deride çukurlaşmalara neden olabilmektedir [55].

Meme başı akıntısı; akıntı genellikle tek taraflı olup, seröz, seröanjyöz, pembe-kahve rengi veya kanlı olur [55].

Üst kolda şişlik; lenfler tıkanarak lenf dolaşımında bozulmalara neden olur. Bu nedenle lenf ödem meydana gelmektedir [55].



Meme kanseri, meme dokusunun fazla olduğu memenin üst dış kadranda %48 oranında görülmektedir. %17 oranında meme ucu çevresinde, %15 oranında üst iç kadranda, %11 oranında alt dış kadranda ve %6 oranında alt iç kadranda görülebilmektedir [25].

4.6. Meme Kanserinde Erken Tanı

Erken tanı tüm kanserler için önemli olduğu gibi meme kanserinde hastalığın seyri ve tedavi süreci için önem taşımaktadır. Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin kullanılması kanserin tamamen tedavi edilmesini sağlamaktadır.

Meme kanserinde erken tanı için; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM), mamografi ve yüksek riskli kadınlar için manyetik rezonanslı görüntüleme (MRG) yöntemleri kullanılır. Meme dokusu yoğunluğu fazla olup, MRG yapılamayan kadınlarda ultrasonografi önerilir [56, 57]. Çoğu Avrupa ülkesi 2 yılda bir tarama önermektedir, İngiltere'de yapılmakta olan çalışmada daha sık aralarla tarama yapmanın etkinliği değerlendirilmektedir [58]. Meme kanseri tarama programları kapsamında Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, meme kanseri tarama programı ulusal standartlarına göre 20 yaşından sonra her ay KKMM yapılması, 40 ile 69 yaş aralığında 2 yılda bir mamografi çekilmesini önerilmektedir. Meme kanseri tarama programı Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Türkiye Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Tarama Programı

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM Klinik Meme Muayenesi	1 defa/Her ay (farkındalığı sağlamak için 3 yılda bir)
40-69	KKMM Klinik Meme Muayenesi Mammografi	1 defa/Her ay Yılda bir defa 2 yılda bir defa

Kaynak: Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim tarihi:15.06.2019 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>'ndan alınmıştır.

4.6.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM'nin amacı kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanımasıdır. Kadın kendi meme dokusunu bilmeli oluşacak değişiklikleri dokunarak farketmesi amaçlanır. Meme kitlelerinin birçoğunu kadın kendi bulduğu için kadınların KKMM'sini öğrenmeleri ve uygulamaları desteklenmelidir. KKMM'si ekonomiktir,

kolaydır, her an uygulanabilir, mahremiyetin korunduğu ve kadın tarafından rahat yapılabilecek bir uygulamadır. Her kadının 20 yaşından itibaren uygulamaya başlaması gerekir. KKMM'si premenopozal dönemde; menstrual dönemde meydana gelebilecek değişiklikler nedeniyle doğru sonuç elde etmek amacıyla menstrüel siklusun 5.-7. günlerinde yapılmalıdır. Postmenopozal dönemde ise kadınlar her ayın belirli günlerinde KKMM'si yapmalıdır [58]. Rusya ve Çin'de yapılan bir çalışmada KKMM'nin farkındalığı arttırdığı fakat mortalite ve morbidite oranını etkilemediği saptanmıştır [59]. Öztürk ve ark'ının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada ise KKMM'ni düzenli olarak uygulayan kadınlarda uygulayamayanlara göre meme kanserini erken evrelerde saptayabildikleri ortaya çıkmıştır [60]. Sağlık çalışanlarının önemli bir parçasını oluşturan hemşirelerin görevleri arasında farkındalığı arttırmak için kadın sağlığı açısından önemli bir yeri olan KKMM konusunda eğitimleri yaygınlaştırmak ve bu eğitimleri etkin bir şekilde yürütmek vardır.

KKMM yaparken ilk olarak ayna karşısında dik durulur ve her iki memenin simetrik olup olmadığına bakılır. Sol meme muayenesi yapmak için sol kol başın üstüne kaldırılır ve sağ el kullanılarak muayeneye başlanır. Sağ elin orta üç parmağı birbirine yapışık pozisyonda iç yüzeyleri kullanılarak dairesel, dikey çizgilerle ve ışın tarzında meme sıvazlanarak muayene edilir. Aynı işlem sağ meme için tekrarlandıktan sonra sırt üstü yatar pozisyonda muayene tekrar yapılır. Her meme en az 5 dakika muayene edilmelidir. Meme başı başparmak ve işaret parmağı arasında sıkılarak meme başı akıntısı araştırılır. İşlemin sonunda koltuk altı muayenesi yapılır.

- KKMM sırasında herhangi bir farklılık saptanmışsa mamografi yaptırmış olsalar bile kadınlar değişikliği sağlık personellerine bildirmeleri için eğitilmelidir.
- Hastalar mastektomi sonrası diğer meme için, meme koruyucu cerrahi sonrası her iki meme için KKMM'ni düzenli olarak tekrarlaması için bilgilendirilmelidir.
- Meme protezi kullanan kadınlar KKMM yapmaları konusunda bilgilendirilmelidir [61].

4.6.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

KMM, sağlık çalışanları tarafından her yıl kadınlara yapılması gereken bir fizik muayenedir. Mamografinin tamamlayıcısıdır ve ideal olarak mamografiden kısa bir süre önce yapılması gerekir. KMM sırasında inpeksiyon ve palpasyon olmak üzere iki yöntem kullanılır. İnpeksiyon ile meme derisinde ve meme başındaki değişiklikler incelenirken asimetri açısından değerlendirir. Palpasyonda el ile meme ve koltuk altı kontrol edilir [61]. KMM sonucu meme kanserinin tanımlanması mamografi sonucu tanımlanmasının yaklaşık %60'ı kadardır [62]. Mamografi ile birlikte uygulandığında, kanserin belirlenme oranında %5-20 artış olduğu; yoğun memelerde mamografiyle görüntülenemeyen veya mamografi sınırlarında olmayan kitlelerin tanısında önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir [63,64].

4.6.3. Mamografi

Mamografi X ışınları kullanılarak yapılan memenin kas, yağ, glandüler yapısını incelemek amacıyla memenin iç yapısının ve değerikliklerin incelenmesi işlemidir. Mamografi tanı ve tarama amacıyla kullanılmaktadır. Memede muayene ile saptanamayacak kadar küçük boyuttaki kitleler mamografi ile saptanabilir. Bu nedenle mamografi meme kanserinin erken teşhisinde kullanılan etkili bir yöntemdir ve meme kanserine bağlı mortalite oranını önemli bir ölçüde düşürmektedir. Mamografi ektirme yaşı 40'tır. 40 yaşından önce meme dokusunun fazla olması nedeniyle mamografide kitle iyi görüntülenememektedir [33]. Mamografinin duyarlılığı, memenin parankim ve yağ dokusu yoğunluğuna göre %68-88 arasında değerismektedir [61, 65]. Amerikan Kanser Derneği'nin 2015 yılında yayınlanan verilerine göre ortalama meme kanseri riski (meme kanseri öyküsü olmayan, bilinen veya beklenen genetik mutasyonu olmayan, genç yaşta göğüs bölgesine radyoterapi almayan) olan 40 yaşından küçük kadınlarda tarama programının tartişılması gerektiğini vurgulanmıştır [66].

Aile öyküsünde premenopozal dönemde meme kanseri olan, daha önceki dönemlerde meme kanseri öyküsü bulunan, meme biyopsisi sonucu atipik

değişiklikler saptanan hastalarda, BRCA1 ve BRCA2 meme kanseri gen mutasyonu olan hastalarda tarama mamogramlarına 40 yaşından önce başlanmalıdır. Meme lezyonlarının doğru bir şekilde ve standart olarak tanımlanması, malign patoloji olasılığının belirlenmesi ve ortak bir dil oluşturmak için BI-RADS “Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi” [67] sınıflandırılması yapılmaktadır [68]. Amerikan Radyoloji Koleji (American College of Radiology) tarafından oluşturulan radyologların mamogramı okuyup numaralandırdıkları ve yönetiminde standardizasyonun sağlandığı bir sistem olan BI-RADS değerlendirme ve yönetimi tablosu aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 4.2: BI- RADS Dereceleri ve Yönetimi

Değerlendirme	Yönetim
Kategori 0: Eksik görüntüleme ile değerlendirme ve daha önce çekilen mamografi ile karşılaştırma	Ek görüntüleme için yeniden çağırma ve/veya önceki değerlendirme ile karşılaştırma
Kategori 1: Negatif	Rutin mamografi ile görüntüleme
Kategori 2: Benign	Rutin mamografi ile görüntüleme
Kategori 3: Olası benign bulgular	Altı ayda bir veya yıllık olarak mamografi ile işlem
Kategori 4: Şüpheli Kategori 4A: Düşük malignensi şüphesi Kategori 4B: Orta derecede malignensi şüphesi Kategori 4C: Yüksek derecede malignensi şüphesi	Biyopsi
Kategori 5: Yüksek olasılıkla malignite	Biyopsi
Kategori 6: Biyopsi ile kanıtlanmış malignite	Klinik olarak uygun cerrahi eksizyon

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim tarihi: 10.05.2019 <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf> den alınmıştır.

4.7. Meme Kanserinde Klinik Tanı

4.7.1. Ultrasonografi

Kistlerin değerlendirilmesinde etkin olarak kullanılan meme görüntüleme yöntemidir. Ses dalgaları kullanılarak yapılan görüntüleme yöntemi olan ultrasonografi radyasyon içermez ve ağrısızdır. Genç yaş grubu kadınlarda etkin olarak kullanılmaktadır. Meme US, mamografi ve fiziksel muayene sırasında meme kanseri semptomu saptanan kadınlarda meydana gelen değişiklikleri değerlendirilmesi ve şüpheli kitlerin biyopsiye yönlendirilmesi için kullanılır [68].

4.7.2. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Manyetik alanlar kullanılarak, sağlıklı ve hastalıklı dokular arasındaki farkları detaylı olarak incelemek amacıyla kullanılır. MRG meme kanseri tanısı konulan kadınlarda kitle boyunu ölçmek ve memede başka bir tümör olup olmadığını incelemek amacıyla kullanılır [69].MRG taraması için hastaya iki parçadan oluşan kıyafet giyilmesi önerilir ve kıyafetlerde fermuar, çıt çıt gibi metal parçalar bulunmamalıdır. MRG odasına girerken küpe, takı gibi metal aksesuarlar çıkarılmalı, implante katater, kalp pili, implant gibi vücutta kalıcı metaller var ise bu durum teknisyene bildirilmelidir [70].

4.7.3. Biyopsiler

Vücudun herhangi bir bölgesinde bulunan şüpheli kitlelerin kanser olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan bir tanı yöntemidir. Meme biyopsisinde amaç memede bulunan malign lezyonların karakteristik özelliklerini saptamak ve meme kanserinin kesin tanısını koymak amacıyla uygulanır. Meme cerrahisinde 4 biyopsi türü vardır. Bunlar; cerrahi biyopsi (insizyonel biyopsi, eksizyonel biyopsi), stereototik biyopsi, kesici iğne (core) biyopsisi ve ince iğne aspirasyon biyopsisidir [71, 72, 73].

Cerrahi biyopsi: İnsizyonel biyopsi ve eksizyonel biyopsi olmak üzere iki türü vardır.

İnsizyonel biyopsi; kitlenin tümü çıkarılmadan sadece tanı konulmaya yetecek miktarda doku örneğinin alınması işlemidir [71].

Eksizyonel biyopsi; şüpheli kitlenin tamamının çıkarılması işlemidir. İşlem sonrasında ağrı, infeksiyon, evantrasyon (yara kenarlarının ayrılması) görülebilecek komplikasyonlar arasındadır [71].

Stereotoksik biyopsi: Mamografi ile saptanan mikrokalsifikasyonların karakteristik özelliklerini belirlemek amacıyla uygulanan biyopsi türüdür. Biyopsi endikasyonu konulan non palpabl kitlenin, görüntüleme yöntemi kullanılarak klavuz bir tel aracılığıyla işaretlenerek cerrahi yöntemle tamamının çıkarılması işlemidir [71]. Bu işlem geçmiş dönemlerde hasta oturur pozisyonda yapılırken günümüzde prone masa sistemi kullanılarak hasta yüz üstü pozisyonda yatarken görüntüleme ve hedefleme sistemleri ile yapılmaktadır [73].

Kesici iğne kor (core) biyopsisi: İşlem lokal anestezi kullanılarak kalın bir iğne aracılığıyla kitleden küçük doku örnekleri alınması ve incelenmesi ile yapılır. Biyopsi ile en az 5 örnek alınır. Kor biyopside iki yöntem kullanılır. Bunlar otomat kor biyopsi (tru-cut) ve vakum destekli kor biyopsidir.

Otomat kor biyopsi (tru-cut); biyopsi tabancası kullanarak biyopsi alınması işlemidir. Tabanca ateşlendiğinde içteki iğne lezyona girer daha sonra dıştaki kesici kılıf içerdeki iğnenin üzerinden geçerek lezyondan parçalar kesilir. Bu işlem sırasında en az beş örnek alınmalıdır [74].

Vakum destekli kor biyopsi; biyopsi iğnesi lezyona girdikten sonra dıştaki iğne 360 derece döner ve lezyon kesilerek iğne içerisindeki haznede biriken örnek aspire edilmektedir [74].

İnce iğne aspirasyon biyopsisi: Ultrason ile tespit edilen kitle lokal anestezi yapılarak disposableince iğne aracılığıyla şüpheli kitleden hücreler çekilerek incelenmesi işlemidir. Bu yöntem ucuzdur, kolaydır ve her ortamda uygulanabilmektedir. İşlem sonrasında görülebilecek komplikasyonların başında lokal hematom gelmektedir. Nadiren göğüs duvarına yakın bulunan kitlelerde ve zayıf bireylerde pnömotoraks gelişebilir [72]. Kistik olan veya kistik şüphesi bulunan lezyonlara ilk olarak ince iğne aspirasyon biyopsisi düşünülmelidir. Fakat bu yöntemde in situ ve invaziv kanser ayrımının yapılamaması dezavantajı bulunmaktadır [74].

4.8. Meme Kanseri Tipleri

Meme kanseri memenin duktuslarında, lobüllerinde veya meme dokusunda oluşabilir. Kanser hücreleri lokalize veya çevre dokulara yayılmalarına bakılarak noninvaziv (in situ) kanser veya invaziv (infiltrate) kanser olarak iki alt gruba ayrılmaktadır. Kanserinvaziv veya non invaziv olması tedavi tercihini veya alınan tedavilere nasıl cevap verilebileceğini belirler [75]. Meme kanserinin bir çok tipi vardır fakat %90'ından fazlası invaziv duktal veya invaziv lobüler karsinom özelliğindedir. İn situ durumunda olan tümörler duktus bazal membranı içerisinde sınırlı bulunurken, invaziv durumdaki tümör hücrelerinde bazal membran aşılıştır ve tümör hücreleri stroma içerisinde yayılım göstermiştir [76].

4.8.1. Duktal Kanseler: Meme kanallarında bulunan epitel dokudan kaynaklanır.

Noninvaziv (insitu) duktal kanseler (DCIS); duktus içerisindeki hücrelerin kansere dönüşmesi sonucu oluşur. Tanı konulması kolaydır. Yaşamı tehdit edici değildir fakat daha sonraki dönemlerde istilacı bir meme kanseri gelişime riskini arttırabilmektedir. DCIS tanısı konmuş bireyde geri dönüş kanseri veya yeni meme kanseri gelişme riski daha önce hiç meme kanseri olmayan bir kişiye göre daha fazla risk vardır. Nükslerin çoğu ilk tanıdan sonraki 5 ile 10 yıl içinde gerçekleşir. Nüks olasılığı% 30'un altındadır.

İnvaziv (İnfiltratif) duktal kanserler; en sık görülen kanser türü olmakla beraber tüm meme kanserlerinin %80'ini oluşturmaktadır. Memedeki duktuslarda başlayıp, duktus duvarlarında yayılım gösterir ve memedeki yağ dokusunda büyür. Tedavi edilmezse kan ve lenfler yoluyla metastaz yapabilir. İnvaziv duktal karsinom her yaştan kadını etkileyebilir fakat ileri yaşlarda daha yaygındır. Amerikan Kanser Derneğine göre, invaziv meme kanseri teşhisi konulduğunda kadınların yaklaşık üçte ikisi 55 yaş ve üstündedir [77].

2.8.2. Lobüler Kanserler: Memenin lobüllerinde bulunan epitel dokudan kaynaklanan kanser türüdür.

Noninvaziv (insitu) lobüler kanserler (Lobüler karsinoma insitu) (LCIS); meme lobüllerinde bulunan hücrelerin anormal büyümesi sonucu kanser hücresine dönüşmesi sonucu oluşur. LCIS genellikle premenapozaldır, sıklıkla 45-50 yaşları arasında teşhis edilir. Tanı alan kadınlardan %10'undan azı menapoza girmiştir. LCIS nadir görülen bir kanser türüdür fakat mamografide görülmemesi ve semptomlarının olmaması nedeniyle kaç kişinin etkilendiği kesin olarak bilinmemektedir. Herhangi bir sebepten dolayı memede biyopsi yapılması sonucu teşhis edilmesi eğilimindedir. Hastalığın tanısının premenapozal dönemde konulması etyolojisinde östrojenin rol oynadığını düşündürmektedir [77, 78].

İnvaziv lobüler karsinoma; meme lobüllerindeki hücrelerde başlayan kanser meme dokusu çevresine yayılım gösterir ve zamanla lenf bezlerine ve muhtemelen vücudun diğer bölgelerine metastaz yapar. İnvaziv duktal karsinomdan sonra en sık görülen ikinci meme kanseri türüdür. Tüm invaziv meme kanserlerinin %10'unu oluşturur [78].

2.8.3. İnflamatuvar Meme Kanseri: Nadir görülen fakat agresif bir kanser türüdür. Amerikan Kanser Derneği'ne göre, Amerika Birleşik Devletler'indeki meme kanseri vakalarının yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Genellikle kitle veya şişlik oluşturmaz, meme dokusunda inflamasyon meydana çıkar. Kanser hücreleri lenf kanallarını bloke eder ve memede şişlik, kızarıklık, portakal kabuğu görünümü, sıcaklık, deride

kalınlaşma ve sertleşme oluşur. Belirtiler aniden ortaya çıkar ve günler içinde kötüleşebilir [79].

2.8.4. Paget Hastalığı: Kanser genellikle duktuslarda başlayıp meme başı yüzeyine ve areolaya yayılır. Meme başı genellikle ve areola pullu, kırmızı ve tahriş görünümündedir. Görülme oranı çok düşüktür, Ulusal Kanser Enstitüsüne göre Amerikan Birleşik Devletler'indeki tüm meme kanserini vakalarının %5'inden azını oluşturmaktadır. Tanısı biyopsi ile konur. Kötü görünümüne rağmen paget hastalığının prognozu iyidir [25, 80].

4.9. Meme Kanseri Evreleme:

Meme kanserinin evresini tümör hücresinin büyüklüğü, hormon reseptörlerine bağlı olup olmadığı gibi özellikler belirler. Meme kanseri evresi genellikle 0-IV arasında bir sayı ile ifade edilmektedir (Tablo 4.3).

Meme kanserinin evresini belirlemede en sık kullanılan yöntem TNM sistemidir. T; tümör çapını N; kanserin lenf düğümlerinde olup olmadığını, M; kanserin vücudun diğer bölgelerine metastaz yapıp yapmadığını ifade eder [25].

Tablo 4.3. Meme Kanseri Evreleme

Evre	T (Tümör çapı)	N (Lenf nodu tutulumu)	M (Metastaz)
0	Tis (Karsinoma in situ)	N0 (Yok)	M0
I	T1 (T<2cm)	N0	M0
II			
IIA	T0 (Tis)	N1 (1 ile 3 arasında aksiller lenf nodu tutumu)	M0
	T1 (T<2)	N1	M0
	T2 (T>2, T≤5)	N0	M0
IIB	T2 (T>2cm, T≤5cm)	N1	M0
	T3 (T>5cm)	N0	M0
III			

IIIA	T0(Tis)	N2 (4 ile 9 arasında aksiller lenf nodu tutumu)	M0
	T1(T<2)	N2	M0
	T2(T>2cm, T ≤5cm)	N2	M0
	T3(T>5cm)	N1	M0
	T3(T>5cm)	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4 (Göğüs duvarı veya cilde uzantılı herhangi bir boyut)	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Herhangi bir boyutta	N0	M0
IV	Herhangi bir boyut	Her tür lenf tutumu	M1 (Evet)

Kaynak: Hamolsky D. Nursing management breast disorders. In Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM editors. Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems. 9th edition. Canada: Mosby Elsevier; 2014. P. 1238-1260'den alınmıştır.

4.10. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanseri tedavisinde uygulanan tedaviler lokal tedaviler ve sistemik tedaviler olarak ikiye ayrılır. Lokal tedaviler; cerrahi ve radyoterapi, sistemik tedaviler ise kemoterapi, hedefe yönelik tedavi ve hormonterapidir.

4.10.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanseri cerrahi tedavisinde meme koruyucu cerrahi (MKC) ve mastektomi olmak üzere iki tedavi yöntemi kullanılır.

4.10.1.1. Meme Koruyucu Cerrahi

Meme koruyucu cerrahi bazen lumpektomi, parsiyel mastektomi (segmental mastektomi, kuadrantektomi) olarak da adlandırılabilir. Genellikle erken evre meme kanserli hastalar için bir seçenektir ve göğüslerinin çoğunu korumasına izin verir. Meme koruyucu cerrahi tümör ve çevresindeki bir normal dokudan yaklaşık 1 cm

çıkartılması işlemidir. Meme koruyucu cerrahi sonrasında hastalara rutin radyoterapi uygulanmaktadır.

Segmental mastektomi; kitle etrafındaki meme dokusundan büyük bir miktar ve bazen meme altı kas dokusunun da birlikte çıkartılması işlemidir.

Lumpektomi; kitlenin çıkartılması, *kuadranektomi*; kitle ile birlikte memenin bir kadranının alınması işlemidir [81, 55, 25, 82].

MKC'nin amacı, kanser tekrarlama riskini düşürürken, memeyi koruyarak iyi bir estetik görüntü sağlamaktır [83]. Meme koruyucu cerrahi mastektomiye göre daha iyi bir kozmetik sonuç sağlamaktadır [84]. Yapılan prospektif ve randomize klinik çalışmada meme koruyucu cerrahinin mastektomiden daha güvenli ve sağ kalım oranlarının benzer olduğu bulunmuştur [85, 86].

Meme koruyucu cerrahinin tercih edildiği durumlar;

- Hastanın tercihi,
- Erken evre (I, II) tümörler,
- Multisentrik olmayan tümörler,
- Çapı 5 cm den küçük tümörler,
- Radyoterapi kontrendikasyonları bulunmayan hastalar (gebelik, ileri akciğer hastalığı v.b.)
- Üçüncü trimesterdaki gebeler
- Memede sadece bir tane tümör hücresinin bulunması
- MKC'den kozmetik fayda beklenenlerdir
- Hekim ve hasta MKC ve modifi ye radikal mastektomi (MRM)'yi birlikte tartışarak karar vermelidir.

Meme koruyucu cerrahinin kullanılmadığı durumlar;

- Tümör çapının 5 cm'den büyük olması,

- Tümör büyüklüğü ile meme boyutu oranının meme koruyucu cerrahi için uygunsuz olması,
- Şüpheli ya da malign görünümlü ve/veya yaygın mikrokalsifikasyon olması,
- Meme ve göğüs duvarına radyasyon öyküsü,
- Gebelik sırasında radyoterapi ihtiyacı,
- Radyoterapi tedavisinin kontrendike olduğu durumlar,
- Memenin farklı kadranslarında iki veya daha fazla kanser hücrelerinin olmasıdır [81, 25].

Meme koruyucu cerrahinin yan etkileri; memede ağrı veya hassasiyet veya “çekme” hissi, geçici şişlik, cerrahi bölgede oluşan sert skar dokusu, meme şeklinde değişiklik, göğüs duvarı, koltuk altı ve / veya kolda zamanla geçmeyen sinir (nöropatik) ağrısıdır [82].

4.10.1.2. Mastektomi

Memenin tamamının alınması işlemidir. Basit mastektomi, MRM, deri koruyucu mastektomi ve radikal mastektomi olmak üzere 4 tür mastektomi vardır [82].

Basit (total) mastektomi; Ameliyat ile meme ve meme başı çıkarılır, koltuk altı lenf nodları çıkarılmayabilir [87].

Deri koruyucu mastektomi; meme üzerindeki cildin bozulmadan meme dokusunun çıkarılması işlemidir. Erken evre meme kanseri hastalarında, meme derisinde veya meme başında kanser olmayanlarda, rekonstrüksiyon düşünen hastalarda uygulanır. Bu işlem sonrasında kanser tekrarlama riski diğer mastektomi türleriyle aynıdır [87].

Modifiye radikal mastektomi; basit mastektomi işleme ek olarak koltuk altı lenf nodlarının çıkarılması işlemidir [87].

Mastektomi Endikasyonları;

- Hastanın tercihi
- Tümör çapının 5 cm'den büyük olması
- Meme koruyucu cerrahi sonucunda etkili bir kozmetik sonuç sağlanamayacak durumdaki hastalarda tercih edilir [25, 87].

Mastektominin Kontrendikasyonları

- İnflamatuvar meme kanseri
- Metastazik meme kanserleri
- Radyasyon tedavisi görememek
- Yüksek riskli meme kanseri tekrarlama

Mastektominin yan etkileri; ağrı, hassasiyet, seroma, hematoma, ameliyat bölgesinde şişlik, omuz ve kol hareketlerinde sınırlılık, meme ve üst kolda uyuşukluk, göğüs duvarında gerginlik, fantom meme hissi, yara, lenf ödem, duyuşal değişiklikler, hareket kabiliyetinde azalma, enfeksiyon [87]. Uzun dönem komplikasyonları; duyu kaybı, kas güçsüzlüğü, lenf ödem [25].

4.10.2. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLN)

SLN, tümörün drene olacağı ilk lenf noduna "bekçi", "gözcü" veya "haberci" anlamına gelen "sentinel" lenf bezi denilmektedir. Aksiller lenf nodu tutulumu meme kanserinde prognozu belirleyen önemli bir role sahiptir. Aksiller lenf nodlarının patolojik durumu prognozu, tedavi türlerini ve adjuvan tedavinin gerekli olup olmamasının önemli bir belirleyicisidir [88, 25, 87]. Sentinel lenf bezinde tümör saptanmamışsa o bez yatağındaki diğer lenf bezleri tümörsüz kabul edilir. SLN, erken evre (I ve II) meme kanserlerinde önerilmektedir. SLN haritalamasında üç yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; radyoaktif madde, tümör çevresindeki alana mavi boya enjeksiyonu ve her iki yöntemin beraber kullanılmasıdır [83, 88].

Radyokolloid madde tekniği; preoperatif lenfosintigrafi veya cerrahi gama prop kullanımını olarak da adlandırılmaktadır. Lenfosintigrafi’de; lenf damarları tarafından alınan ve lenf nodlarında tutulan radyoaktif maddeler ile bağlanmış koloidal madde kullanılmaktadır. Bu maddelerin intradermal, subdermal, peritümoral veya subareolar yolla hastaya enjekte edilmesinden sonra seri görüntüler alınarak koloidal maddenin ilk geçiş gösterdiği SLNgörüntülenmektedir. İşlem sırasında pek çok radyofarmasötik kullanılmakla birlikte en sıklıkla kolloid, nanokoloid ve renyum kolloid gibi radyokolloidler kullanılmaktadır. Radyokolloid primer tümör etrafına veya biyopsi kavitesi duvarına enjekte edilmektedir. Koloidal madde verildikten en az 2 saat sonra lenfosintigrafi yapılarak radyoaktivite izlenir ve sentinel nod yeri tespit edilerek işaretlenir. Küçük bir insizyonla sentinel lenf nodu (1-4 lenf nodu) çıkarılır. Çıkarılan SLN’ları patolojiye gönderilir. Patoloji sonucunda SLN negatif ise aksiller diseksiyon yapmaya gerek yoktur. SLN pozitif çıkarsa aksiller diseksiyon uygulanmaktadır [89, 75, 83, 25].

Mavi boya tekniği; primer tümör çevresine enjekte edilen boyanın lenf noduna ulaşması ve sentinel lenf nodunu gözle görülebilecek şekilde boyamasını sağlar. Genellikle izosülfan mavisi, metilen mavisi ve patent mavisi kullanılır. Genellikle %1’lik çözeltiler kullanılır. Primer kitleden 1 cm uzağa 4 kadrandan subdermal/intraparenkimal olacak şekilde toplam 4 cc maviboaya enjekte edilir. Enjeksiyon sonrasında memeye ve aksillaya doğru masaj uygulanır ve dış kadranda tümörlerde 5 dakika, iç kadranda tümörlerde ise 7-10 dakika beklenmelidir. Aksiller bölge diseksiyon edilerek maviye boyanan sentinel lenf nodu görülüp çıkarılır. Maviye boyanan sentinel lenf nodunu eksize ederek patolojiye gönderilir. Patoloji sonucunda SLN negatif ise aksiller diseksiyon yapılmayabilir fakat SLN pozitif çıkarsa aksiller diseksiyon uygulanmaktadır. Boya idrar ve safra ile atılır. Deri üzerinde mavi leke, pulseoksimetrede oksijen saturasyonunun yanlış okunması, vücut sıvılarının mavi boyanması, alerjik ve anafilaktik reaksiyonlar görülebilir. Hastalar idrar ve dışkıda meydana gelebilecek geçici renk değişikliği konusunda bilgilendirilmelidir [88, 83, 25].

Radyokolloid ve mavi boyanın birlikte uygulanması; her iki teknik beraber kullanılır. Başarı oranı %90'dan fazladır[83, 88].

4.10.3. Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu

Genellikle 20'den az lenf düğümü, kol altındaki alandan (aksilla) çıkarılır ve kanser yayılımı açısından kontrol edilir. ALND genellikle mastektomi veya meme koruyucu cerrahi (MKC) ile aynı anda yapılır, ancak ikinci bir işlem de yapılabilir. Lenf nodlarının incelenmesi ileri tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde yardımcı olmaktadır [25].

Lenf nodu cerrahisinin yan etkileri; ağrı, şişme, kanama, kan pıhtılaşması ve enfeksiyondur.

4.11. Radyoterapi

Radyoterapi (RT) meme kanseri hastalarında ameliyattan sonra memeye, göğüs duvarına veya koltuk altına yapışabilecek kanser hücrelerini, lokalize oldukları alanda harap etmek, hasara uğratmak veya yok etmek amacıyla uygulanır [89].

Radyoterapi tüm evre meme kanserlerinde kullanılabilen bir tedavi yöntemidir. Bu nedenle meme kanseri yönetiminde önemli bir role sahiptir [90]. RT'de yüksek enerjili iyonize ışınlar kullanılarak kanser hücrelerinin öldürülmesi amaçlanır fakat kanser hücrelerinin öldürülmesinin yanı sıra vücuttaki sağlıklı hücreleri de öldürmektedir. Bu nedenle tedaviden etkilenen hücrelerin tekrar yenilenmesi için genellikle haftada beş gün olacak şekilde haftasonu tedaviye ara verilir ve 5-6 hafta sürmesi planlanır. RT tedavisinin uygulama şekli hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Yapılan cerrahi türüne göre veya kanserin evresine göre üç farklı radyoterapi türü vardır. Bunlar eksternal radyoterapi, internal radyoterapi ve intraoperative radyasyondur. Sıklıkla eksternal radyasyon kullanılmaktadır [25].

Radyoterapi sonrası ciltte kaşıntı, kuruma, pullanma, kızarıklık, hassasiyet, yanık, cilt renginin koyulaşması, memede ve kolda şişlik, ağrı görülebilecek yan etkilerdir.

4.12. Meme Kanserinde Sistemik Tedaviler

Vücutun tüm bölümlerini etkileyen, tümör hücrelerinin yok edilmesi amaçlanan bir yöntemdir. Meme kanserinde kemoterapi, hormonterapi ve hedefe yönelik tedaviler sistemik tedaviyi oluşturmaktadır [91, 83].

4.12.1. Kemoterapi

Kemoterapi, intravenöz veya ağız yolu ile verilerek orijinal kanser bölgesindeki hücreleri ve vücudun herhangi bir bölgesine metastaz olabilecek kanser hücrelerini zayıflatmak ve yok etmek için kullanılır. İlaçlar kan dolaşımı ile vücudun her yerine dağılır [92]. Kemoterapinin uygulama amaçları hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Bunlar; kanseri tedavi etmek, yaşam kalitesini yükseltmek, kanser hücresinin gelişimini yavaşlatmak ve metastaz yapan hücreleri yok etmektir. Kemoterapi tedavisi üç farklı yöntemle uygulanabilir. Bu yöntemler; neoadjuvan, adjuvan ve palyatif kemoterapidir [93]. Kemoterapi tedavisi cerrahi öncesi dönemde kanseri küçültmek için verilirse neoadjuvan, cerrahi sonrası dönemde verilirse adjuvan kemoterapi adını alır. Kemoterapi, ileri evre hastalıklarda kanser hücrelerini tamamen yok etmeden, sadece semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla verilirse palyatif kemoterapi adını alır [94, 95, 96, 97].

Birçok durumda kemoterapi ilaçları iki veya üç farklı ilaç kombine olarak verilmektedir. Bu kombinasyon kemoterapi rejimi adını alır. Erken evre meme kanserinde kemoterapi rejimleri kanserin geri dönme riskini azaltırken, ileri evre mem kanserinde tedavi edilen kişilerin yaklaşık %30-60'ında kanseri küçültür veya yok eder. Her kanser kemoterapiye farklı yanıt vermektedir. Bu nedenle her hastanın tedavi planı farklıdır. Kemoterapiden yararlanacak hastaların seçiminde bazı kurallar vardır:

- Lenf nodlarında kanser varsa tümör büyüklüğüne veya menapoz durumuna bakılmaksızın kemoterapi tedavisi önerilir.
- Premenapozal kadınlarda meme kanseri agresif olma eğilimindedir. Bu nedenle kemoterapi genellikle tedavinin bir parçasıdır.
- ER+ ve HER2 pozitif ise erken evre meme kanseri tanısı konulan bazı hastalara kemoterapi önerilir.
- Erken evre meme kanseri tanısı konulan bazı hastalarda genomik bir test kullanılarak kanserin tekrarlayıp tekrarlamayacağına ve kemoterapinin yararlı olup olmayacağına bakılarak kemoterapi tedavisinin verilmemesine karar verilebilir.

Non-invaziv, in situ kanserlerde metastaz riski çok düşüktür. Bu nedenle kemoterapi önerilmez [92]. Kemoterapi tedavisinde kesin program, kullanılan ilaç veya ilaçlara bağlı olarak değişebilir. Bütün bir kemoterapi kürü genellikle 3 ila 6 ay sürer [92].

4.12.2. Hormonterapi

Vücudumuzda doğal olarak üretilen kadınlık hormonu östrojen ve progesterondur. Kadınların vücudundaki östrojenin çoğu menapoz öncesi dönemde overlerde üretilirken, menapoz sonrası dönemde yağ dokusunda üretilmeye başlar. Meme kanserlerinin birçoğu hormon reseptör pozitifdir. Östrojen hormon reseptörü pozitif olan durumlarda kanserin büyümesi hızlanır. Bu nedenle vücuttaki östrojen miktarını azaltmak veya etkisini engellemek amacıyla verilen hormon tedavisi hormon reseptörü pozitif meme kanserinin tekrarlama riskini azaltabilir [98, 99]. Bir meme kanseri hücresi çıkarıldıktan sonra hücrelerde östrojen ve progesteron hormon reseptörleri olup olmadığı test edilir. Östrojen reseptörü (ER) içeren kanser hücresi ER+, progesteron hormonu (PR) içeren hücreler PR+ olarak ifade edilir. Meme kanserlerinin yaklaşık %80'i ER+'dır [98]. Hormonterapi tedavisine genellikle cerrahi sonrasında başlanırken, kemoterapi alan hastalarda kemoterapi sonrasına ertelenir. Fakat ileri evre meme kanseri hastalarında ER+ ise kanser hücresinin büyümesini yavaşlatmak amacıyla cerrahi öncesinde de uygulanabilir. Hormonterapi

meme kanseri tekrarlama riskini azaltmak için kullanılır ve en az beş yıl uygulanmalıdır. Üç farklı türde hormonal tedavi ilacı vardır. Bunlar:

- Antiöstrojen ilaçlar (Tamoksifen, Foreston, Foslodex).
- LH-RH agonistleri (Zalodex, Lupron).
- Aromataz İnhibitörleri (Arimidex, Aromasin, Femara) [94, 98].

Hormonal tedavi türüne karar verirken menapoz durumu, meme kanseri evresine, kan pıhtılaşma geçmişine, kemik yoğunluğu, varsa artrit geçmişine, uterin ve yumurtalık kanseri riskine bakılır. Hormonoterapinin yan etkileri, mide bulantısı, kusma, osteoporoz, sıcak basması, gece terlemesi, yorgunluk, kilo alımı, ruhsal değişiklikler, saç incilmesi, vajinal akıntı, görme sorunları, derin ven trombozu, uterus kanseri, vajinal bölgede ağrıdır [99].

4.12.3. Hedefe Yönelik Tedavi

Meme kanseri olan her beş kadından birinde, kanser hücrelerinin yüzeyinde HER2 neu adı verilen, kanser hücresinin agresif bir şekilde büyümesine neden olan bir reseptör bulunmaktadır. HER2 pozitif olan hastalarda hedefe yönelik tedavi uygulanır. Bu tedavi türünde kanser hücresinin bulunduğu doku hedef alınarak tümörün yok edilmesi amaçlanır. Hedefe yönelik tedavide genellikle Trastuzumab (Herceptin) kullanılmaktadır. Trastuzumab genellikle kemoterapi ile kullanılır ama tek başına da kullanılabilir. Tedavinin yan etkileri kemoterapi kadar ağır değildir fakat bazıları ciddi olabilir. Bazı hastalarda tedavi sırasında veya sonrasında kalp rahatsızlığı geçirebilir bu nedenle tedavi sürecinde ve sonrasında kalp fonksiyonları takip edilmelidir. Oluşabilecek bu yan etkiyi tanılamak veya gidermek hemşirelerin görevleri arasındadır. Hemşireler hastaya tedavinin yan etkilerini açıklamalı, kalp taraması için üç ayda bir veya daha sık EKO çekilmesini önerilmektedir. Hastalara nefes darlığı, bacaklarda ödem, yorgunluk semptomları varsa doktora bildirmeleri gerektiği, düzenli egzersiz yapması, kilo kontrolünü sağlaması, sigara içilen ortamlardan uzak durması gerektiğini anlatmalıdır [94].

4.13. Meme Kanseri ve Beden İmajı

Beden imajı benliğin fiziksel yönüdür ve kişinin fiziksel görünümünü, sağlık durumunu, fiziksel becerilerini ve cinsellik ile ilgili tüm tutum ve algılarını içerir. Beden imajı kişinin bedeninin ve bedenine ait tüm algılarının zihindeki tablosudur [11, 12].

Polat ve Yılmaz'ın bildirdiğine göre, Price beden imajını 3 temel bileşenden oluştuğunu belirtmiş, bunları; gerçek beden, ideal beden ve beden sunumu olarak adlandırmıştır. Price'a göre beden imajı bireyin sadece bedenine bağlı değil, çevredeki insanların görüş, tutum ve tepkilerine bağlıdır [81, 100]. Bireyin beden imajı sürekli olarak değişim halinde olmakla birlikte bu değişimi etkileyen bir çok faktör vardır. Bu faktörler; bireyin benlik saygısı, cinsiyeti, öğrenme seviyesi, bedenine yüklediği anlam, başkalarına karşı olan davranışları ve başkalarının ona karşı olan davranışı, toplum tarafından beden görünümüne verdiği değer sayılabilmektedir [81, 101]. Aynı zamanda sosyokültürel yapı, yaş, kültür, cinsiyet, teknoloji, geçmişteki olumlu ve olumsuz yaşam deneyimleri, bireyin kendine verdiği değer etkileyen faktörlerdir [81, 102]. Herhangi bir nedenle meydana gelen beden imajı değişikliğinin kadınlarda erkeklere göre daha sık olumsuz algılamaya neden olduğu görülmektedir. Fiziksel görünümüne önem veren kadınlarda beden imajı memnuniyetsizliğine önem vermeyen kadınlara göre daha sık rastlanır fakat bu durumun ilerleyen yaşlarda azaldığı belirlenmiştir [103, 104, 105].

Beden imajı fizyolojik esaslara dayanmasıyla beraber psikolojik ve sosyal deneyimlerden etkilenebilmektedir. Bireyin içinde bulunduğu kültürel çevre de beden imajına yön verebilmektedir. Dış görünüme yüklenen anlam, yaşanan zamana ve toplumun kültürüne göre farklılıklar gösterebilmektedir [106]. Bireylerin kendilerini algılama ve toplumdaki statülerini belirlemeleri; toplumsal rolleri ve toplumun beklentilerinin değerlendirilme biçimiyle ilişkisi vardır. Bireyin davranış biçimini bedensel özelliklerinden çok toplumun beklentileri belirleyebilmektedir [107]. Buna göre bireyin davranış biçimi, toplum tarafından algılanış biçimiyle oluştuğu söylenebilir.

Beden imajı bireyin kendi bedeninden memnuniyet durumunu belirten bir kavramdır. Bazı bireylerde oluşan beden imajı değişikliği kişinin kendisine karşı memnuniyet duygusunda azalmaya neden olmaktadır [89, 108]. Beden imajı bozulduğunda kişinin zihnindeki tablo ile o andaki beden algısı arasında çatışma meydana gelir [109].

4.13.1. Mastektomi ve Beden İmajı İlişkisi

İnsan bedeninde yer alan organların bireysel ve toplumsal olarak sembolik anlamları bulunabilmektedir. Kadın için meme bir çok toplum tarafından estetik görünümün, çekiciliğin, cinselliğin, dişiliğin, üremenin, anneliğin ve bebeğin beslenmesinin sembolü olarak görülmektedir [110, 75]. Meme kanseri tanısı konulan kadınlarda; kanser tanısının taşıdığı anlamın dışında cerrahi tedavi nedeniyememenin yokluğu kadınlar tarafından yaşamın ve kadınlığın sona ermesi olarak algılanabilmekte, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin, cinselliğin kaybı olarak algılanabilmektedir ve durum kadının beden imajında olumsuz değişime neden olabilir[111, 89, 108]. Mastektomi girişimi sonrası birey bedeninin yeni durumuna uyum güçlüğü yaşamaktadır. Mastektomi ile kendisi için olağandışı bir durum olan tek bir meme ile yaşamak zorunda kalmaktadır. Bu nedenle kadınlarda çelişkili duygular ortaya çıkabilmektedir. Kadınlarda meme kanserinin neden olduğu duygusal değişiklikler. Giwa ve ark.'larının yaptığı çalışmada üzüntü, utanç ve düş kırıklığı şeklinde ifade edilmiştir.

Mastektomi sonrası beden imajı değişimi, memenin kadın tarafından algılanma biçimine, toplumun verdiği tepkilere, kadının karakterine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Roussi ve ark.'nın Yunanlı hastalar ile yaptıkları çalışmada meme kanseri teşhisi alan kadınların, mastektomi öncesi distress yaşadığını ve bu durumun üç ay sürebildiğini bildirmişlerdir [112].

Yeter ve ark.'nın mastektomi olan hastaların büyük kısmının uzun süre ameliyat bölgesine dokunmak istemediğini, aynaya bakmayı reddettiğini ve kıyafetlerini karanlıkta değiştirmeyi tercih ettiklerini bildirmiştir [113]. Freysteinson

ve ark.'nın 12 mastektomili hasta ile yaptıkları çalışmada sekiz kadının ameliyat bölgesini eşinin kabul etmeyeceği korkusunu dile getirmiştir [114].

Mastektomiye Bağlı Beden İmajı Olumsuz Etkilenen Hastalara Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Mastektomi geçiren hastalarda hemşirelik bakımı ameliyat sonrası fizyolojik sorunlar ve psikolojik sorunların ele alınmasıyla gerçekleşmektedir. Tüm kanser tedavilerinde olduğu gibi meme kanseri tedavisi süresince ve sonrasında hastanın tıbbi sosyal ve ruhsal desteğe ihtiyacı vardır. Bu süreçte ekip anlayışıyla hasta merkeze alınarak hastaya yaklaşmak gerekmektedir. Multidisipliner ekipte doktor, hemşire, psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, eczacı ve din adamı yer almaktadır [120, 121]. Tüm ekip üyeleri içinde hasta bakımında hemşire özel bir yere sahiptir. Hemşire, hasta ile diğer ekip üyeleri arasındaki iletişimi sağlamaktadır ve sürekli olarak hastalarla birlikte. Bu sebeple hastaların sorunlarını anlama, ihtiyaçlarını saptama ve bunları gidermede önemli bir konumdadır.

Beden imajında olumsuz değişimler izlenen hastalarda şu düşünce ve davranışlar görülebilir [122].

- Cerrahi girişim bölgesine bakmayı ve dokunmayı reddetme,
- Bedenin saklanması veya geçmişe göre aşırı derecede sergilenmesi,
- Bedendeki yapısal ve işlevsel değişiklikleri reddetme,
- Sosyal ilişkilerde azalma,
- Beden ile ilgili olumsuz düşüncelerin gelişmesi,
- Ümitsizlik düşüncesinin belirtilmesi,
- Eşi tarafından reddedilme korkusu,
- Bedendeki değişikliklerin kabul edilmemesi,
- Benlik saygısında azalma ve depresyon.

Mastektomiye bağlı gelişen beden imajı değişikliklerinden etkilenen hastalara yönelik hemşirelik girişimleri ise şu şekildedir;

- Öncelikle hasta için kaybın anlamı değerlendirilmeli, hastayla iletişim sağlanırken hastanın fiziksel görünüşüyle ilgili düşünce ve duyguları belirlenir. Hastanın ameliyat yerini görmeye hazır olup olmadığı değerlendirilmeye alınır, hastanın ameliyat bölgesiyle ilgilenme durumu takip edilerek ameliyat bölgesine bakması, dokunması için hasta cesaretlendirilir.
- Beden imajında oluşan olumsuz değişikliğe karşın hastanın değişmeyen ve kendisi için önemli olan anne olmak, eş olmak, işi gibi özellikleri farkına varması sağlanır.
- Görünümündeki değişimi kabullenmek zamanla gerçekleşen bir süreçtir, hastaya kabullenme sürecine ulaşması için zaman tanınmalıdır. Hasta bu süreci geçirirken suçluluk gibi duyguları ifade etmesi için hasta cesaretlendirilmeli ve hasta bu tür duygu ve davranışlarından dolayı yargılanmamalıdır. Örneğin hastanın yapabildikleri ön plana çıkartarak geri bildirimde bulunulmalı olumsuz durumlara değil olumluya odaklanması sağlanmalı ve kendi bakım sorumluluğunu alması için cesaretlendirilir.
- Hastanın olumlu yönlerine odaklanması sağlanır. Eşi ve aile fertleri ile iş birliği içerisinde hasta için sosyal destek mekanizmaları harekete geçirilebilir. Hastanın kendisini değerli hissetmesi sağlanır. Aile içindeki rolü belirlenerek vazgeçilmez olduğunu farketmesi sağlanır.
- Hastaya oluşan fiziksel değişimin hayatındaki yerini ve rolünü değiştirmeyeceği fark ettirilir. Mastektomi sonrası yaşanan kaygı genellikle ameliyattan kısa süre sonra veya ileri dönemde ortaya çıkmaktadır. Mastektominin hasta üzerindeki etkisi, hastanın kişisel başa çıkma şekline, sorumluluklarına ve destek sistemine göre değişir.

4.14. Meme Kanseri ve Cinsel Yaşam

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; insan yaşamının merkezinde yer alan öğelerden toplumsal kimlik rollerini, cinsel yönetimini, erotizmi, zevki, yakınlığı ve üremeyi kapsayan bir kavramdır. Cinsellik insanın sadece bedensel değil; duygusal, ruhsal ve toplumsal bütünlüğü sağlayan, kişisel gelişimini, iletişimi ve sevgi paylaşımını olumlu olarak etkileyen, geliştiren ve arttıran sağlıklı

durumudur. Cinsel sağlık, hastalık fonksiyon bozukluğu ya da sakatlığın olmama durumunun dışında ruhsal, zihinsel ve sosyal yönden cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlığın dört önemli öğesi vardır. Bunlar; beden görünümu, cinsiyet (dişilik), cinsel fonksiyon ve üreme yeteneğidir. Kanser tanısı ya da tedavisi cinsel sağlığı dört yolla etkileyebilmektedir. 1. Cinsel istek duymamak, 2. Beden görünümuyle ilgili duygu ve düşünceler, 3. Korku ve üzüntü, 4. Rol ve ilişkiler. Kanser tanısının alınması ve uygulanan tedaviler kadında cinsel fonksiyonun ve cinsel sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bu nedenle cinsel yaşamda (ilgi, etkin olma, ilişkiden zevk alma ve performans) değişiklikler oluşabilmektedir [123]. Mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyonlu veya rekonstrüksiyonsuz beden imajında oluşan değişimler, cinsel benlik saygısında azalmaya, kemoterapi, hormonoterapi sonucunda oluşan vulvovajinal atrofi, libido kaybı disparoni meme kanserinde sık rastlanan yan etkilerdir [124]. Yapılan bir çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınlar ve sağlıklı kadınlar incelenmiş, Kadın Cinsel indeksi ve Çoklu Beden Algısı Ölçeğinin cinsel istek, cinsel uyarılma, cinsel tatmin ve ağrı alt boyutlarında iki grup arasında önemli fark olduğu, kayganlık ve orgazm alt boyutlarında iki grup arasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur [125].

Yapılan diğer bir çalışmada genç yaştaki meme kanseri tedavileri devam eden kadınlar incelenmiş, cinsel yaşamda daha az aktif oldukları, cinsel hayatlarında tatmin olma duygusunun azaldığı, cinsellikte olumsuz deneyim ve stres yaşadıkları saptanmıştır. Kanser tedavisi sonucunda farklı semptomlar oluşmaktadır. Cerrahi sonucu oluşan ağrı, yorgunluk hissi, enerji kaybı, dayanıklılığın azalması, beden imajındaki olumsuz değişiklikler kadınların cinsel yaşamdan zevk almasını olumsuz olarak etkilemektedir. Meme kanseri, kadınların eşleriyle ilişkilerini ve sosyal fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir [126]. Yapılan çalışmada meme kanseri tanısı sonrası İranlı kadınlarda cinsel disfonksiyonun tanımlanması ve bununla ilişkili belirlenmesi amacıyla meme kanseri tanısı alan kadınlar incelenmiştir. Yaşları, medeni durumları, beden imajı algısı ve eşlerin tutumu gibi etkenlerin cinsel fonksiyonda bozulmaya neden olduğu saptanmıştır [127]. Eğitim düzeyleri düşük, eşleriyle yaş farkı olan ve meme rekonstrüksiyonu yaptırmayan kadınlarda mastektomi sonrası cinsel yaşamlarının etkilendiği saptanmıştır [128].

Diğer bir çalışmada yapılan cerrahi tipinin (meme koruyucu, mastektomi) beden imajını ve cinselliği az etkilediği saptanmıştır [129]. Ussher, Perz ve Gilbert'in 2013'de yaptıkları bir çalışmada hastaların %85'inde meme kanseri tanısı aldıktan sonra cinsel iyiliğin değiştiğini, %68 i oluşan değişikliklerle ilgili bilgi almak istediğini belirtmiştir [130].

Meme kanseri tedavisi süresince genellikle tedavi sona erene kadar cinsellik ve fiziksel yakınlık olumsuz olarak etkilenmektedir. Tedavi sonrasında ise kanser hastalarının birçoğunda cinsel işlev bozukluğu kalıcı olmaktadır. Yapılan bir çalışmada meme kanseri olan kadınların cinsel iyiliği ve bilgi gereksinimleri değerlendirilmiş, hastaların %85 i kanserin cinsel yönden iyiliğini ve cinsel ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir. Hastaların %26'ı cinselliğini birileriyle konuştuğunu belirtirken hastaların %76 'sı bu konuşmayı partneriyle yaptığını ve hastalardan sadece %48'inin bu konuşmadan memnun kaldığını belirtmiştir. Cinsel iyilik hakkında sağlık çalışanlarıyla konuşmaktan memnun kalınmamakta, meme bakım hemşiresiyle konuşmaktan memnun kalma puanlarının yüksek olduğu (%59.6) saptanmıştır [131].

Cinsellikte yaşanan değişikliklerin saptanması amacıyla yapılan bir çalışmada yorgunluk, ağrı, stres, beden imajındaki değişimler, cinsel ilişki sıklığı, cinsel cevap verme ve ilişkiden tatmin olmada azalma olduğu, vajinal kuruluk , sıcak basması, kilo alımı olduğu saptanmış, oluşan menapozal değişikliklerin de burumu arttırdığı belirlenmiştir [130].

Sağlık çalışanları cinselliği, ilişkilerde oluşan değişiklikleri, vajinal kuruluk, cinsel ilişki sırasında oluşan ağrı, sıcak basması,cinsel yanıt, cinsel arzu konusunda konuşmalı ve kadınlara bu konular hakkında bilgi vermelidir [130].

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı:

Bu araştırma meme kanseri tanısı konulan kadınların cerrahi tedaviden üç ay sonraki beden imajı ve cinsel uyumunu belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

5.2. Araştırma Soruları:

Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şu şekildedir;

- Meme kanserli kadınların beden imajı ve cinsel uyum düzeyi nasıldır?
- Meme kanserli kadınların beden imajı ve cinsel uyum düzeyini sosyodemografik ve klinik faktörler etkiler mi?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı:

Araştırma bir vakıf üniversite hastanesinde, kemoterapi ünitesinde yürütülmüştür. Tedavi sürecinde olup kemoterapiye yönlendirilen hastalar kemoterapi ünitesinde incelenmiştir. Kemoterapi ünitesinde biri sorumlu hemşire olmak üzere 9 hemşire çalışmaktadır. Günde ortalama 56 hastaya hizmet verilmektedir. Ünite 2 salondan oluşmakta olup toplam 25 koltuk, 2 yatak, 1 kan alma odası, 3 kan alma koltuğu ve 1 tane müdahale odası bulunmaktadır. haftanın beş günü 08-18.00 saatleri arasında tüm kanser hastalarına tedavi verilmektedir.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırma evreni; araştırmanın yapıldığı vakıf üniversite hastanesinin kemoterapi ünitesinde başvuran tüm meme kanseri tanılı hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme; araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmanın yapıldığı vakıf üniversitesi hastanesi Genel Cerrahi Polikliğine kayıtlı kontrollerini sürdüren araştırmanın örneklem seçme ölçütlerini karşılayan Belirtilen hastanede meme

kanseri nedeniyle tedavi gören 20 Kasım 2017- 26 Ekim 2018 tarihleri arasında başvuran. 183 meme kanserli hasta örnekleme oluşturmuştur. Örnekleme dahil edilme ölçütleri aşağıda verilmiştir;

Örnekleme dahil edilme ölçütleri;

- Meme kanseri tanısı konulmuş,
- Kadın hastalar,
- İletişim güçlüğü olmayan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmiş,
- 18 yaş ve üzeri,
- Cinsel partneri olan,
- Türkçe konuşabilen,
- Cerrahi tedavisi yapılmış ve üzerinden 3 ay süre geçmiş olan (mastektomi/meme koruyucu cerrahi),
- Sağlık durumu stabil olan hastalar olarak belirlendi.

Araştırmadan dışlama kriterleri;

- 18 yaşından küçük olan,
- Cerrahi tedavisi tamamlanmayan,
- Cinsel partneri olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Cerrahi tedaviden sonra 3 ayı tamamlamayan hastalar olarak belirlendi.

5.5. Veri Toplama:

Verilerin toplanması; araştırmanın verileri bireylere ait bilgileri içeren sosyodemografik ve klinik özellikler formu ve *Cinsel Uyum (CU)* ve *Beden İmajı (BI)* Ölçeği kullanılarak toplanmıştır

Sosyodemografik ve klinik özellikler formu; bu formda araştırmaya katılan hastanın yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, kronik sağlık sorunu, tanı yaşı, tanıdan sonra geçen süre, cerrahi tedavi türü,

kemoterapi alıp almadığı, radyoterapi alıp almadığı, hormonoterapi alıp almadığını içeren sorular yer almaktadır (Sosyodemografik ve klinik özellikler formu Ek-1'de verilmiştir).

Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği (CUBİÖ): Ölçek 2009 yılında Amerika'da Dalton ve arkadaşları tarafından meme kanseri tanısı konulan kadınların meme kanseri olmadan önce ve meme kanseri olduktan sonra kadınlarda cinsel uyum ve beden imajını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Dalton, 2009). CUBİÖ ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Erol tarafından yapılmıştır (2015). CUBİÖ'nde iki alt ölçek yer almaktadır. Bunlar cinsel uyumu ve beden imajını değerlendirmektedir, ölçek toplam 14 madden oluşmaktadır. *Cinsel uyum* alt ölçeği; *önceki cinsel uyumu, cinsel fonksiyon üzerine etkisi, memelerin cinsellikteki önemi* olmak üzere üç alt boyuttan ve sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde *önceki cinsel uyumu, memelerin cinsellikteki önemi* alt boyutlarındaki 1, 2 ve 7, 8. maddeler 1 ile 5 arasında puan almaktadır ve düşük puan ortalaması cinsel uyumun kötü olduğunu göstermektedir. *Cinsel fonksiyon üzerine etkisi* alt boyutunda yer alan 3., 4., 5., 6., maddeleri -2 ile +2 arasında likert tipi bir ölçekle değerlendirilmektedir. *Beden imajı* ölçeği iki alt boyuttan *önceki beden imajı* ve *sonraki beden imajı* ve altı maddeden oluşmaktadır. *Beden imajı* ölçeğindeki maddeler 1 (hiç rahat değil) ile 5 (son derece rahat) arasında likert tipi bir ölçekle değerlendirilmektedir. Düşük puan ortalaması kötü beden imajını göstermektedir. CUBİÖ ölçeğinde Cinsel uyum ve beden imajında toplam puan yoktur. Ölçek değerlendirilirken her bir alt ölçeğin puanı toplanıp madde sayısına bölünerek alt boyut puan ortalaması elde edilmektedir [13]. Ölçeğin Cronbach Alpha (α) değeri Erol'un çalışmasında 0,77 üzerinde bulunmuştur [133]. Bizim çalışmamızdaki Cronbach Alpha (α) değerleri Tablo 5.1'de gösterilmiştir. Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği Ek-2'de verilmiştir.

Tablo5.1: CUBİÖ Alt Boyutlarına Ait Cr Alfa Değerleri

	Cr alfa değeri
Beden İmajı	
Önceki beden imajı	0,738
Sonraki beden imajı	0,655
Cinsel Uyum	
Önceki cinsel uyum	0,808
Memelerin cinsellikteki önemi	0,819
Cinsel fonksiyon üzerine etkisi	0,919

Veri Toplama Aracının Uygulanması: Araştırmanın verileri, araştırmanın yapıldığı vakıf üniversite hastanesinde araştırmacı tarafından gün içerisinde 09-16.00 saatleri arasında araştırmaya dahil edilme şartlarını karşılayan hastalar ile yüz yüze görüşerek toplanmıştır. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Veriler 20 Kasım 2017- 30 Ekim 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler SPSS 25 proglamında değerlendirilmiştir. Verilerin dağılım durumlarına bakılarak normal dağılım gösterenler bağımsız değişkenlerde t testi ile göstermeyenler ikili gruplar için Mann Whitnet U testi, üç ve daha fazla grup için Kruskall Wallis testi ile değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, t testi, beden imajı ve cinsel uyum arasındaki ilişkiyi belirlemek için Kanonik korelasyon istatistiksel analiz yöntemleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapılması için öncelikle cinsel uyum ve beden imajı ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapan Figen Erol'dan ölçek kullanım izni (Ek-3) alınmıştır. İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 15.09.2017 tarih ve 325 Karar No'lu etik kurulu onayı alınmıştır (Ek-4). İstanbul Bağcılar Mega Üniversite Hastanesinden araştırma için kurum izni (Ek-5) alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalarla görüşülerek araştırmanın

amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verilmiş, verilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı açıklanmış, katılımcıların yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek-6).

6. BULGULAR:

Tablo 6.1: Meme Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri (n=183)

Sosyodemografik Özellikler		
	X±SS	Aralık
Yaş Dağılımı	49,03±10,55	27-74 (min-max)
	N	%
Medeni durum		
Bekar	7	3,83
Evli	176	96,17
Çocuk Sayısı		
Yok	17	9,29
1	34	18,58
2	73	39,89
3 ve üstü	59	32,24
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	8	4,37
İlkokul	82	44,81
Ortaokul	14	7,65
Lise	43	23,50
Lisans ve üstü	36	19,67
Gelir Düzeyi		
Kötü	6	6,03
Orta	107	58,47
İyi	70	38,25
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	127	69,40
Çalışıyor	38	20,77
Emekli	18	9,84
Klinik Özellikler		
Kronik Sağlık Sorunları		

Var	62	33,88
Yok	121	66,12
Tanı Sonrası Süre		
3-6 ay	75	40,98
7-12 ay	18	9,84
1-3 yıl	41	22,40
3 yıl ve üzeri	49	26,78
Tanı Evresi		
1. Evre	29	15,85
2. Evre	73	39,89
3. Evre	57	31,15
4. Evre	24	13,12
Cerrahi Tedavi Tipi		
Meme Koruyucu Cerrahi	100	54,64
Mastektomi	83	45,36
KT		
Evet	182	99,45
Hayır	1	0,55
RT		
Evet	94	51,32
Hayır	89	48,63
Hormonterapi		
Evet	93	50,82
Hayır	89	48,63
Menstruasyon		
Gören	38	20,72
Görmeyen	145	79,23

Tablo 6.1'de araştırmaya alınan meme kanserli hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri verildi. Katılımcıların yaşları 27 ile 74 arasında olup yaş ortalaması $49,03 \pm 10,55$ 'tir. Katılımcıların %96,17'sinin evli, %39'unun iki, %32,24'ünün üç ve daha fazla çocuk sahibi, %44,81'inin ilkokul mezunu, %58,47'sinin orta gelirli olduğu belirlendi. Katılımcıların büyük bir oranı (%69,40)

çalışmadıklarını ifade etmişlerdir. Meme kanserli hastaların %33,88'inin kronik hastalığı olduğu bulundu. Hastaların tanı konulduktan sonra geçen süreleri incelendiğinde; %40,98'nin tanı konulduktan sonra 3-6 ay zaman geçtiği, %26,78'nin 3 yıl ve üzerinde zaman geçtiği belirlendi. Meme kanseri evrelerine bakıldığında %15,85'inin 1. evrede, %39,89'unun 2. evrede, %31,15'inin 3. evrede, %13,12'sinin 4. evrede olduğu belirlendi. Hastalara cerrahi tedavi olarak %54,64'üne meme korucu cerrahi, %45,36'sına mastektomi uygulandığı belirlendi. Hastaların %99,45'ine kemoterapi, %51,32'sine radyoterapi, %50,82'sine hormonterapi uygulandığı belirlendi. Hastaların %79,23'ünün menstrüasyon görmediği belirlenmiştir.

Tablo 6.2: Meme Kanserli Hastaların Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Toplam Puanları (n=183)

	Ortalama±SS	Ortanca	En Düşük- En Yüksek Değer
Beden İmajı Alt Ölçekleri			
Önceki Beden İmajı	10,81±2,32	11,00	5-15
Sonraki Beden İmajı	9,69±2,69	10,00	3-15
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri			
Önceki Cinsel Uyum	7,04±1,73	7,00	2-10
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,40±2,34	8,00	2-10
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,28±2,63	-4,00	-8-1

Tablo 6.2'de meme kanserli hastaların cinsel uyum ve beden imajı alt ölçek toplam puanları görülmektedir. *Beden İmajı (BI)* alt ölçeğinin alt boyutlarından *önceki beden imajı* alt boyutu ortalaması 10,81±2,32 ve *sonraki beden imajı* ortalaması 9,69±2,69'dur. *Cinsel Uyum (CU)* alt ölçeğinin alt boyutlarından *önceki cinsel uyum* ortalaması 7,04±1,73, *memelerin cinsellikteki önemi* ortalaması 7,4±2,34 ve *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* ortalaması -4,28±2,63 olarak bulundu.

Tablo 6.3: Meme Kanserli Bireylerin Beden İmajı ve Cinsel Uyumu Arasındaki İlişki

Korelasyon	Özdeğer	Wilks İstatistiği	F	p
0,33	0,122	0,858	4,72	0,000

Beden İmajı ile *Cinsel Uyum* arasındaki ilişki Kanonik Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon analiz sonuçları Tablo 6.3'de verilmiştir. Buna göre, hastaların *beden imajı* puanları ile *cinsel uyum* puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır ($r=0,330$, $p<0,001$).

Tablo 6.4: Meme Kanserli Bireylerin Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		Önceki Beden İmajı	Sonraki Beden İmajı	Önceki Cinsel Uyum	Memelerin Cinsellikteki Önemi	Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi
Önceki Beden İmajı	r	1	,389**	,203**	-0,054	,145*
	p		0,000	0,006	0,471	0,050
Sonraki Beden İmajı	r	,389**	1	0,065	-,269**	,232**
	p	0,000		0,379	0,000	0,002
Önceki Cinsel Uyum	r	,203**	0,065	1	,172*	,188*
	p	0,006	0,379		0,020	0,011
Memelerin Cinsellikteki Önemi	r	-0,054	-,269**	,172*	1	-,244**
	p	0,471	0,000	0,020		0,001
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	r	,145*	,232**	,188*	-,244**	1
	p	0,050	0,002	0,011	0,001	

Pearson korelasyon testi ; Anlamlılık düzeyi $p<0.05$

Beden İmajı kavramının alt boyutları ile *Cinsel Uyum* kavramının alt boyutları arasındaki ilişki Kanonik Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon analiz sonuçları Tablo 6.4'de verilmiştir. Hastaların *Önceki BI* ile *Sonraki BI* arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf ilişki olduğu bulundu ($r=389$; $p=0,000$). Hastaların *Önceki BI* ile *Önceki CU* arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf ilişki olduğu bulundu ($r=203$; $p=0,006$). Hastaların *sonraki beden imajı* ile *memelerin cinsellikteki önemi* arasında negatif yönde anlamlı ve zayıf ilişki olduğu bulundu ($r=269$; $p=0,000$). Hastaların *sonraki beden imajı* ile *memelerin cinsel fonksiyon üzerine etkisi* arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf ilişki olduğu bulundu ($r=232$; $p=0,002$).

Tablo 6.5: Meme Kanserli Bireylerin Kronik Sağlık Sorunlarına Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Kronik Sağlık Sorunları		Test İstatistiği; Anlamlılık
	Yok (n=121)	Var (n=62)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Beden İmajı Alt Ölçekleri			
Önceki Beden İmajı	10,95±2,34	10,53±2,25	t=1,157 ; p=0,249
Sonraki Beden İmajı	10,06±2,66	8,98±2,64	t=2,594; p=0,01
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri			
Önceki Cinsel Uyum	7,24±1,69	6,66±1,76	t=2,16; p=0,032
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,54±2,3	7,15±2,41	t=1,073; p=0,285
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,3±2,55	-4,26±2,81	t=-0,096; p=0,924

Meme kanserli bireylerin kronik sağlık sorunlarına göre beden imajı ve cinsel uyum alt ölçek puanlarının dağılımı tablo 6.5'de verilmiştir. Kronik Sağlık sorunu olan ve olmayan hastalarda *sonraki beden imajı* ve *önceki cinsel uyum* alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. ($t=2,594$; $p=0,01$, $t=2,1$; $p=0,032$). Kronik sağlık sorunu olanların *sonraki beden imajı* puanları olmayanlara göre daha düşüktür. Kronik sağlık sorunu olanların *önceki cinsel uyum* puanları hastalığı olmayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 6.6: Meme Kanserli Bireylerin Medeni Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Medeni Durum		Test İstatistiği; Anlamlılık
	Evli (n=176)	Bekar (n=7)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Beden İmajı Alt Ölçekleri			
Önceki Beden İmajı	10,73±2,3	12,85±1,77	U=296,5 p=0,019
Sonraki Beden İmajı	9,62±2,68	11,43±2,57	U=393,5; p=0,103
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri			
Önceki Cinsel Uyum	7,03±1,75	7,43±1,13	U=541,5; p=0,58
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,42±2,35	7±2,16	U=525; p=0,502
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,37±2,67	-2,14±2,19	U=331; p=0,035

Meme kanserli bireylerin medeni duruma göre beden imajı ve cinsel uyum alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 6.6'da verilmiştir. Evli ve bekar olan hastalar arasında *önceki beden imajı* ve *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (U=296,5 p=0,019 U=331; p=0,035) . Medeni duruma göre diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 6.7: Meme Kanserli Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Çocuk Sahibi Olma Durumu		Test İstatistiği; Anlamlılık
	Var (n=166)	Yok (n=17)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Beden İmajı Alt Ölçekleri			
Önceki Beden İmajı	10,64±2,28	12,41±2,03	U=795; p=0,03
Sonraki Beden İmajı	9,50±2,66	11,53±2,32	U=808,5; p=0,004
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri			
Önceki Cinsel Uyum	7,01±1,75	7,35±1,54	U=1260; p=0,459
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,39±2,38	7,53±1,97	U=1401,5 p=0,963
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,31±2,67	-4±2,32	U=1345,5 p=0,749

Meme kanserli bireylerin çocuk sahibi olma durumlarına göre beden imajı ve cinsel uyum alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 6.7'de verilmiştir. Çocuğu olan ve olmayan hastalarda *önceki beden imajı* ve *sonraki beden imajı* alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (U=795; p=0,03; U=808,5; p=0,004). Çocuğu sahibi olmayan gruptaki hastaların *Bİ-önceki beden imajı* ve *Bİ-sonraki beden imajı* alt boyut puanları çocuk sahibi olmayan hastalara göre yüksek bulundu.

Tablo 6.8: Meme Kanserli Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Eğitim Durumu					Test İstatistiği; Anlamlılık
	Okur yazar değil (n=8)	İlkokul (n=82)	Ortaokul (n=14)	Lise (n=43)	Lisans ve Üstü (n=36)	
	Ortalama±S	Ortalama±S	Ortalama±S	Ortalama±S	Ortalama±S	
Beden İmajı Alt Ölçekleri						
Önceki Beden İmajı	9,37±2,61	10,56±1,90	11,64±2,40	11,46±2,5	10,58±2,63	KW=9,138; P=0,058
Sonraki Beden İmajı	8,75±1,83	9,17±2,74	10±2,42	10,35±2,61	10,19±2,75	KW=7,851; p=0,097
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri						
Önceki Cinsel Uyum	7,12±1,88	6,86±1,75	6,78±1,48	7,46±1,39	7,02±2,08	KW=3,533; p=0,473
Memelerin Cinselliğindeki Önemi	7,25±2,96	7,58±2,49	6,5±2,41	7,37±2,19	7,42±2	KW=3,678; p=0,451
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-5,5±2,83	-4,48±2,67	-3,43±3,08	-3,74±2,25	-4,53±2,68	KW=6,427; p=0,169

Meme kanserli bireylerin eğitim durumlarına göre *Beden İmajı* ve *Cinsel Uyum* alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 6.8'de verilmiştir. Kansere korkutucu bir hastalıktır Katılımcıların eğitim durumlarına göre *beden imajı* ve *cinsel uyum* alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Bunun nedeni hastaların meme kanserine karşı verdikleri yanıt eğitimle değil kültürle alakalı olmasıdır.

Tablo 6.9: Meme Kanserli Bireylerin Gelir Düzeyine Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Gelir Düzeyi			Test İstatistiği ve Anlamlılık
	Kötü (n=6)	Orta (n=107)	İyi (n=70)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Beden İmajı Alt Ölçekleri				
Önceki Beden İmajı	10±2,55	10,63±2,38	11,14±2,20	KW=3,761; p=0,152
Sonraki Beden İmajı	9,2±2,39	9,66±2,73	9,74±2,68	KW=0,212; p=0,899
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri				
Önceki Cinsel Uyum	5,8±2,17	6,81±1,57	7,46±1,85	KW=8,326; P=0,016*
Memelerin Cinsellikteki Önemi	8,2±1,64	7,12±2,40	7,84±2,18	KW=4,539; p=0,103
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-5,2±2,68	-4,54±2,69	-3,83±2,52	KW=3,910; p=0,142

*kötü-orta: u=183,5 p=0,225

kötü-iyi: u=93,5 p=0,084

orta-iyi: u=2924,5 p=0,012

Meme kanserli bireylerin gelir düzeylerine göre beden imajı ve cinsel uyum alt ölçek puanlarının dağılımı tablo 6.9'da verilmiştir. Farklı gelir düzeylerine sahip hastaları *nCU-önceki cinsel uyum* alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (KW=8,326 P=0,016). Farkın kaynağı incelendiğinde; gelir düzeyine göre önceki cinsel uyum alt ölçeğinde orta ve iyi gelir düzeyliler arasında anlamlı fark bulundu (U=2924,5 p=0,012, p<0,05). Gelir düzeyi iyi olanların *CU-önceki cinsel uyum* puan ortalaması gelir düzeyi orta olanlardan daha yüksektir.

Tablo 6.10: Meme Kanserli Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Çalışma Durumu			Test istatistiği ve Anlamlılık
	Çalışmıyor (n=127)	Çalışıyor (n=38)	Emekli (n=18)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Beden İmajı Alt Ölçekleri				
Önceki Beden İmajı	10,61±2,15	11,58±2,73	10,61±2,32	KW=4,716; p= 0,095
Sonraki Beden İmajı	9,47±2,67	10,39±2,61	9,78±2,86	KW=2,992; p=0,224
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri				
Önceki Cinsel Uyum	6,93±1,74	7,5±1,89	6,89±1,13	KW=3,402; p=0,183
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,42±2,32	7,71±2,20	6,61±2,33	KW=3,141; p=0,208
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,53±2,68	-4,21±2,51	-2,72±1,99	KW=8,832; p=0,012*

*Çalışmayan-çalışan; U=2220,5 p=0,449

Çalışan-emekli U=219 P=0,026

Çalışmayan-emekli u=662,5 p=0,003

Meme kanserli bireylerin çalışma durumlarına göre beden imajı ve cinsel uyum alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 6.10'da verilmiştir. Çalışma durumuna göre çalışan, çalışmayan ve emekli olan hastalar arasında *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (KW=8,832; p=0,012).

Farkın kaynağı incelendiğinde; çalışma durumuna göre *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* alt ölçeği puan ortalamaları arasında çalışan ve çalışmayan gruplar arasında fark bulunmadı (U=2220,5 p=0,449, p>0,05).

CU- Cinsel fonksiyon üzerine etkisi alt ölçeği puan ortalamaları arasında çalışan ve emekli gruplar arasında fark bulundu (U=219 p=0,026, p<0,05). Emekli

grubunun yaş ortalaması yüksektir bu nedenle *CU- cinsel fonksiyon üzerine etkisi* puan ortalaması çalışandan yüksektir.

CU- Cinsel fonksiyon üzerine etkisi alt ölçeği puan ortalamaları arasında çalışmayan ve emekli gruplar arasında fark bulundu ($U=662,5$ $p=0,003$ $p<0,05$). Emekli grubunun *cinsel fonksiyon üzerine etkisi* puan ortalaması çalışmayan grubun puanından yüksektir.

Tablo 6.11: Meme Kanserli Bireylerin Cerrahi Tedavi Tipine Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Cerrahi Tedavi		Test İstatistiği; Anlamlılık
	Meme Koruyucu (n=100)	Mastektomi (n=83)	
Beden İmajı Alt Ölçekleri			
Önceki Beden İmajı	10,65±2,31	11±2,33	t= -1,018; p=0,31
Sonraki Beden İmajı	10,03±2,59	9,29±2,77	t=1,866; p=0,64
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri			
Önceki Cinsel Uyum	7,2±1,87	6,86±1,53	t=1,343; p=0,181
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,57±2,29	7,2±2,4	t=1,052; p=0,294
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,36±2,63	-4,19±2,64	t= -0,427; p=0,67

Meme kanserli bireylerin cerrahi tedavi tipine göre *Beden İmajı ve Cinsel Uyum* alt ölçek puanlarının dağılımı tablo 6.11'de verilmiştir. Meme koruyucu veya mastektomi yapılma durumuna göre önceki ve sonraki beden imajı puan ortalamaları arasında fark bulunamadı ($p>0,05$). Meme koruyucu cerrahi veya mastektomi yapılma durumuna göre cinsel uyum alt ölçekleri puan ortalamaları arasında fark bulunmadı.

Tablo 6.12: Meme Kanserli Bireylerin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Radyoterapi		Test İstatistiği; Anlamlılık
	Hayır (n=89)	Evet (n=94)	
Beden İmajı Alt Ölçekleri			
Önceki Beden İmajı	11,01±2,3	10,61±2,34	t=1,158; p=0,249
Sonraki Beden İmajı	9,64±2,78	9,75±2,63	t= -0,2280; p=0,78
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri			
Önceki Cinsel Uyum	7,03±1,8	7,05±1,68	t= -0,078; p=0,938
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,63±2,19	7,17±2,47	t=1,319; p=0,189
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,19±2,77	-4,42±2,48	t=0,587; p=0,558

Meme kanserli bireylerin radyoterapi alma durumuna göre beden imajı ve cinsel uyum alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 6.12'de verilmiştir. Radyoterapi alan ve almayan hastalarda *Beden İmajı* ve *Cinsel Uyum* alt ölçeklerinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 6.13: Meme Kanserli Bireylerin Hormonoterapi Alma Durumuna Göre Beden imajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Hormonoterapi		Test İstatistiği; Anlamlılık
	Hayır(n=89)	Evet (n=93)	
Beden İmajı Alt Ölçekleri			
Önceki Beden İmajı	10,9±2,29	10,71±2,36	t=0,549; p=0,584
Sonraki Beden İmajı	9,49±2,56	9,88±2,82	t= -0,968; p=0,335
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri			
Önceki Cinsel Uyum	7,02±1,85	7,05±1,63	t= -0,121; p=0,904
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,49±2,12	7,31±2,55	t=0,524; p=0,601
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,29±2,78	-4,29±2,51	t=-0,005; p=0,996

Meme kanserli bireylerin hormonterapi alma durumuna göre beden imajı ve cinsel uyum alt ölçek boyutu puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6.13'de verilmiştir. Hormonterapi alan ve almayan hastalarda *Beden İmajı ve Cinsel Uyum* alt ölçeklerinin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 6.14: Meme Kanserli Bireylerin Menstruasyon Durumuna Göre Beden İmajı ve Cinsel Uyum Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=183)

Ölçekler	Menstruasyon Durumu		Test İstatistiği; Anlamlılık
	Görmeyen (n=145)	Gören (n=38)	
Beden İmajı Alt Ölçekleri			
Önceki Beden İmajı	10,77±2,36	10,95±2,2	t= -0,405; p=0,686
Sonraki Beden İmajı	9,83±2,74	9,14±2,51	t=1,411;p=0,16
Cinsel Uyum Alt Ölçekleri			
Önceki Cinsel Uyum	6,9±1,62	7,68±2	t= -2,480;p=0,033
Memelerin Cinsellikteki Önemi	7,28±2,4	7,89±2,09	t= -1,430;p=0,154
Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	-4,26±2,57	-4,3±2,87	t=0,087; p=0,931

Meme kanserli bireylerin menstruasyon durumuna göre *Beden İmajı ve Cinsel Uyum* alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 6.14'de verilmiştir. Menstruasyon gören ve görmeyen hastalarda *önceki cinsel uyum* alt ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-2,480$; $p=0,033$). Menstruasyon görmeyenlerin önceki cinsel uyum alt ölçek puanlarının görenlere göre daha düşük olduğu bulundu.

7. TARTIŞMA

Bu bölümde meme kanseri olan kadınlarda beden imajı ve cinsel uyumun belirlenmesine yönelik çalışma bulgularımız literatür bilgisi eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırmamıza alınan meme kanserli hastaların yaş ortalaması $49,03 \pm 10,55$ (27 ile 74)'tir. Erol'un (2014) meme kanserli hastalarda sosyal destek grup eğitiminin cinsel uyum ve beden imajına etkisini inceleyen çalışmasında yaş ortalaması $51,63 \pm 1,00$, Karataş'ın (2015) çalışmasında $43,3 \pm 13,99$ [134], Robert ve ark.'nın (2016) çalışmasında ise $61,8 \pm 10,5$ olduğu belirlenmiştir [135]. Literatür incelendiğinde meme kanserinin kadınlarda çoğunlukla 50 yaş üzerinde görüldüğü belirtilmektedir. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda yaş ortalaması 50 civarında olup literatür bilgisi ile aynı doğrultudadır.

Çalışmamızda beden imajı alt ölçeğinin alt boyutlarından *önceki beden imajı* alt boyutu ortalaması $10,81 \pm 2,32$ ve *sonraki beden imajı* ortalaması $9,69 \pm 2,69$ 'dur (Tablo 6.2). Dalton'un (2009) çalışmasında orijinal SABIS ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada 353 hasta değerlendirilmiş, *Bİ-önceki beden imajı* ortalaması $2,81 \pm 0,86$, *Bİ-sonraki beden imajı* ortalaması $2,35 \pm 1,0$ olarak belirlenmiştir [136]. Erol'un (2014) çalışmasında *Bİ-önceki beden imajı* ortalaması $11,24 \pm 2,22$, *Bİ-sonraki beden imajı* ortalaması $10,85 \pm 3,62$ olarak belirtildi. Özalp ve ark.'nın (2014) çalışmasında ise *Bİ-önceki beden imajı* ortalaması $6,57 \pm 1,92$, *Bİ-sonraki beden imajı* ortalaması $7,15 \pm 3,19$ olarak belirtilmiştir. Araştırma bulgularımız Özalp ve ark.'nın bulgularına yakın değerlerdir. Ancak bizim çalışmamızda tedavi *Bİ-sonrası beden imajı* puanında düşüş, Özalp'in çalışmasında ise yükselme söz konusudur. Bu açıdan akıldığında Dalton'un çalışmasında *Bİ-sonraki beden imajı* puanının öncekine göre düştüğü görülmektedir. Bizim bulgularımızda da *Bİ-sonraki beden imajı* puanı öncekine göre düşüş göstermiştir. Bu bulgular hastalık ve tedavi sonrası kadınlarda beden imajının olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmamızda cinsel uyum alt ölçeğinin alt boyutlarından *CU-önceki cinsel uyum* ortalaması $7,04 \pm 1,73$, *CU-memelerin cinsellikteki önemi* ortalaması $7,4 \pm 2,34$

ve *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* ortalaması $-4,28 \pm 2,63$ olarak bulundu. Dalton'un (2009) çalışmasında önceki cinsel uyum ortalaması $3,27 \pm 0,98$, *CU-memelerin cinsellikteki önemi* ortalaması $-0,49 \pm 0,71$, *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* ortalaması $2,91 \pm 0,97$ olarak belirtilmiştir. Erol'un (2014) çalışmasında *CU-önceki cinsel uyum* ortalaması $6,80 \pm 1,63$, *CU-memelerin cinsellikteki önemi* ortalaması $6,48 \pm 2,19$, *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* ortalaması $-3,51 \pm 2,61$ olarak belirtilmiştir. Özalp ve ark'nın (2014) çalışmasında ise *CU-önceki cinsel uyum* ortalaması $6,65 \pm 1,92$, *CU-memelerin cinsellikteki önemi* ortalaması $6,57 \pm 1,92$, *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* ortalaması $-3,27 \pm 2,73$ olarak belirtilmiştir. Bulgularımız Erol'un ve Özalp'in bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya alınan hastaların *beden imajı* puanları ile *cinsel uyum* puanları arasında pozitif yönde ilişki bulundu ($r=0,330$, $p<0,001$, Tablo 6.3). Ayrıca alt ölçekler arasında değerlendirme yapıldığında *Bİ-önceki beden imajı* ile *Bİ-sonraki beden imajı* arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=389$; $p= 0,000$; Tablo 6.4). Hastaların *Bİ-önceki beden imajı* ile *Bİ-önceki cinsel uyum* alt ölçek puanları arasında da pozitif yönde ilişki bulundu ($r=203$; $p=0,006$). Literatüre bakıldığında beden imajı ile cinsellik arasında ilişki olduğu beden imajı sorunu olan kişilerde daha fazla cinsel sorunlar olduğu saptanmıştır [137]. Meme kanseri tanı ve tedavisi cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkilemekte, cinsel yaşamda ilgi, etkin olma, zevk ve performans yönünden değişiklikler meydana getirmektedir. Cerrahi tedavi geçiren hastaların *Bİ-sonraki beden imajı* ile *CU-memelerin cinsellikteki önemi* arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulundu ($r=269$; $p=0,000$; Tablo 6.4). Bu durum cerrahi tedavi sonrası beden imajı puanı düştükçe *Memelerin Cinsellikteki Önemi* puanının arttığını göstermektedir. Dalton'un çalışmasında (2006) ve Anagnostopoulus and Myrghianni'nin çalışmasında (2009) Meme kanserinin cerrahi tedavisine bağlı *beden imajı* ve cinsel sağlık üzerinde negatif etkisi olduğu bir çok çalışmada belirtirmiştir. Bulgumuza göre kanserin cerrahi tedavisine bağlı olarak kadın için memelerin cinsellikteki öneminin arttığı söylenebilir. Hastaların *Bİ-sonraki beden imajı* ile *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($r=232$; $p= 0,002$). Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi sonrası beden imajı düzeyinin memelerin cinsel işlevi etkileme düzeyi

ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durum beklenen bir bulgudur. Meme kanserli hastalar beden imajı konusunda desteklendiklerinde cinsel uyumlarının da geliştirileceği söylenebilir.

Çayan ve ark.'larının (2004) yaptıkları bir araştırmada kronik sağlık sorunu olan hastalarda cinsel işlev bozukluğunun görülme sıklığının arttığını bildirmişlerdir [138]. Çalışmamızda meme kanserli hastaların %33,88'inin kronik hastalığı olduğu bulundu. Kronik hastalığı olan kadınların meme kanseri tedavi süreci *Bİ-sonrasındaki beden imajı* puanı ile *Bİ-önceki beden imajı* puanına göre anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 6.5). Bu beklenilen bir durumdur. Kronik hastalığın beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri beden imajı algısını da bozduğu söylenebilir.

Çocuk sahibi olmak meme kanserinden koruyucu bir faktör olarak belirtilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların %96,17'sinin evli, %39'unun iki, %32,24'ünün üç ve daha fazla çocuk sahibi oldukları belirlenmiştir. Uçar'ın (2008) çalışmasına bakıldığında katılımcıların %100'ün evli ve tümünün çocuk sahibi olduğu, Çakır, Kafadar ve ark.'nın (2016) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %88,6'sının evli, %88,6'sının çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda ve diğer çalışma bulgularında meme kanseri olan kadınların yaklaşık olarak üçte ikisinin çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Bu durum literatür bilgisi ile çelişmektedir.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumu değerlendirildiğinde okur yazar olmayan hastaların *önceki beden imajı* puan ortalamaları $9,37 \pm 2,61$ olarak bulundu. İlkokul ve üzeri eğitim düzeyine bakıldığında *Bİ-önceki beden imajı* puan ortalaması 10,56 ve üzerinde olduğu belirlendi. Beden imajı algısı kavramında bireyin eğitim düzeyinin etkili olması beklenen bir durumdur. Ancak çalışmamızda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. *Beden imajı* alt ölçek puanlarına bakıldığında kadınların tüm eğitim gruplarında *Bİ-sonraki beden imajı* puanlarının *Bİ-önceki beden imajı* puanlarına göre düştüğü görülmüştür. Ancak fark anlamlı değildir. Cinsel uyum üzerinde eğitim düzeyinin etkisi olduğu

belirtilmektedir [139]. Bulgularımıza göre hastaların eğitim düzeyi hastalık sonrası cinsel uyum üzerinde etki göstermemektedir. Literatür incelendiğinde Çayan ve arkadaşları (2004) eğitim seviyesinin düşük oluşunun cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını artırdığını belirlemişlerdir [140]. Denizgil ve Sönmez'in (2015) makalesinde belirtildiğine göre Haghet ve ark'ının (2007), DSÖ'nün yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak hastaların yaşam kalitesini, cinsellikte iç (hastaların cinsel olarak kendilerini nasıl değerlendirdiğini) ve dış (hastaların kendilerini başkalarının cinsellikte nasıl değerlendirdiklerine olan inancı) faktörleri meme kanserli hastalar üzerinde değerlendirmişler ve hastanın cinsel hayatının eğitim düzeyinden etkilendiğini, ilkökul mezunlarının üniversite mezunlarına göre daha düşük puana sahip olduklarını bildirmişlerdir [139].

Meme kanseri gelişiminde gelir düzeyinin rolü deliteratür incelendiğinde bazı çalışmalar meme kanseri ile gelir düzeyi arasında ilişki olmadığını belirtmiş, yapılan bazı çalışmalarda ise gelir düzeyleri iyi olan kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kuzhan ve Adlı'nın (2015) çalışmasında hastaların %39,1' i yüksek gelir düzeyine sahipken [141], çalışmamızda meme kanseri hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde hastaların %38,25'inin yüksek gelir düzeyine sahip olduğu belirlendi. Araştırmamızda gelir düzeyine göre *CU- önceki cinsel uyum* alt ölçeğinde orta ve iyi gelir düzeyliler arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 6.9, $U=2924,5$ $p=0,012$, $p<0,05$). Gelir düzeyi iyi olanların *CU- önceki cinsel uyum* puan ortalaması gelir düzeyi orta olanlardan daha yüksektir. *CU- önceki cinsel uyum* puanı kadınların meme kanseri olmadan önceki sağlık durumundaki cinsel uyumunu belirtmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan kadınların cinsel uyum düzeylerinin de diğerlerinden yüksek olması genel yaşam konforunun yüksekliğine bağlı beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızın %20,77'ini çalışan kadınların oluşturduğu belirlendi. Çalışan ve emekli gruplar karşılaştırıldığında *CU- Cinsel fonksiyon üzerine etkisi* alt ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulundu ($U=219$ $p=0,026$, $p<0,05$). Emekli grubunun *CU- cinsel fonksiyon üzerine etkisi puan* ortalaması çalışandan yüksektir. Ayrıca çalışmayan ve emekli gruplar karşılaştırıldığında *CU- Cinsel fonksiyon üzerine etkisi*

alt ölçeği puan ortalamaları arasında da fark bulundu ($U=662,5$ $p=0,003$ $p<0,05$). Emekli grubunun *CU- Cinsel fonksiyon üzerine etkisi* puan ortalaması çalışmayan grubun puanından da yüksektir.Çakır, Kafadar ve ark.'nın (2016) çalışmasında hastaların %30'unun çalıştığı, Erdoğan'ın çalışmasında araştırmaya alınan hastaların %54'ünün çalıştığı bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları diğer çalışmalar ile paraleldir.

Çalışmamızda hastalara cerrahi tedavi olarak %54,64'üne meme korucu cerrahi, %45,36'sına mastektomi uygulandığı belirlenmiştir, meme koruyucu cerrahi veya mastektomi yapılma durumuna göre *Bİ-önceki beden imajı* ve *Bİ-sonraki beden imajı* puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Denizgil ve Sönmez'in (2015) yaptığı çalışmada hastaların %50'sine mastektomi, %50'sine meme koruyucu cerrahi uygulandığı bildirilmiş, meme koruyucu cerrahi geçiren kadınlarda beden imajının mastektomi geçiren kadınlara göre daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir [139]. Yapılan bir çok çalışmada meme koruyucu cerrahinin mastektomiye göre beden imajını daha az etkilediği belirtilmektedir. Bizim çalışma bulgularımız literatür bilgileri ile uyumlu değildir. Wapnir ve arkadaşlarının (1999) yaptığı benzer bir çalışmada ise beden imajındaki değişim nedeniyle mastektomili kadınların, lumpektomi olmuş kadınlardan cinsel ilişkiyi sürdürmede daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Collins ve ark.'nın (2011) yaptıkları çalışmada mastektomi, meme koruyucu cerrahi ve mastektomi sonrası rekonstrüksiyon uygulanan 549 hasta incelenmiş cerrahi tedavi türü ile beden imajı değişiklikleri karşılaştırılmış, meme koruyucu cerrahi geçiren hastaların diğer hastalara göre beden imajının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada ise Rosenberg ve ark.'ları (2013) meme kanseri geçiren 419 hastayı incelemiş, lumpektomi olan hastaların meme rekonstrüksiyonu geçirenlere göre, meme rekonstrüksiyonu geçirenlerin ise mastektomi olan hastalara göre beden imajı algısının daha olumlu olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda meme koruyucu cerrahi ve mastektomi geçirenlerin *cinsel uyum* alt ölçekleri puan ortalamaları arasında da anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.11). Dorval ve arkadaşlarının (1998) cerrahi girişim sonrası sekiz yıldır meme kanseri ile yaşayan meme koruyucu cerrahi ve mastektomi geçiren kadınları karşılaştırdıkları çalışmada, cerrahi girişimin tipinin ve skarının cinsel

doyumda bir farklılık yaratmadığı bildirilmiştir. Bulgularımız literatür bilgisi ile paraleldir. Denizgil ve Sönmez'in (2015) çalışmasında mastektomi ve meme koruyucu cerrahi geçiren hastalar karşılaştırıldığında, mastektomi geçiren hastalarda cinsel yaşantı ölçek puanının meme koruyucu cerrahi geçiren hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamıza alınan hastaların %99,45'ine kemoterapi, %51,32'sine radyoterapi, %50,82'sine hormonoterapi uygulandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda hastaların neredeyse hepsine kemoterapi uygulandığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde Denizgil ve Sönmez'in (2015) çalışmasında meme kanserinde %58'ine kemoterapi ve radyoterapi, %2'sine kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapinin beraber uygulandığı, Erol'un çalışmasında(2014) ise hastaların %94,40'ına kemoterapi, %60,20'sine radyoterapi, %34,20'sine ise hormonoterapi uygulandığı bildirilmiştir. Çalışmamızda radyoterapi ve hormonoterapisi uygulanan kadınların beden imajı ve cinsel uyum puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. Tedavi sürecinde olan kadınlarda tedavilerin yan etkileri nedeni ile beden imajının bozulabildiği, cinsel uyum sorunları yaşanabildiği belirtilmektedir. Çalışmamızdaki hastaların birçoğunda tedavi sürecinin devam etmekte olmasına rağmen tedavi alma durumu *beden imajı* ve *cinsel uyumu* bulgularımıza göre etkilememektedir.

Çalışmamızda menstruasyonu devam eden ve etmeyen hastalar karşılaştırıldığında *CU-önceki cinsel uyum* alt ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-2,480$; $p=0,033$). Menstruasyonu devam etmeyenlerin *CU-önceki cinsel uyum* alt ölçek puanlarının menstruasyonu devam edenlere göre daha düşüktür. Literatür incelendiğinde Aydın ve Aslan'ın (2008) yaptıkları çalışmada; menstruasyonu devam eden meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görüldüğü belirlenmiştir. Çayan yaptığı çalışmada menapoza giren başka deyişle menstruasyonu devam etmeyen kadınlarda cinsel işlev bozukluğu sıklığının menstruasyon gören kadınlara göre attığını belirtmiştir [138]. Biglia ve arkadaşlarının (2000) premenapozal kadınlarla yaptığı bir çalışmada meme kanseri tedavisinin cinsel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve vücut ağırlığına etkisini araştırmış,

cerrahi sonrası 6. ayda ve 1. yılda cinsel fonksiyonun kötüleştiğini saptamıştır [123].
Çalışmamız literatür bilgisi ile paraleldir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri olan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde;

- Yaş ortalamasının $49,03 \pm 10,55$ olduğu,
- %39,89'unun iki çocuk sahibi,
- %44,81'inin ilkökul mezunu,
- %58,47'sinin orta gelirli,
- %69,40'ının çalışmadığı belirlenmiştir.

Hastaların linik özellikleri incelendiğinde;

- %33,88'inin kronik sağlık sorunu olduğu,
- %40,98'inde tedaviden sonra 3-6 ay süre geçtiği,
- %39,89'unun kanserin ikinci evresinde olduğu,
- %45,36'sının mastektomi geçirdiği,
- %99,45'inin kemoterapi,
- %51,32'sinin radyoterapi
- %50,82'sinin hormon tedavisi aldığı belirlenmiştir.

Meme kanseri olan kadınların beden imajı ve cinsel uyum ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde;

- *Önceki beden imajı* alt boyutu ortalaması $10,81 \pm 2,32$, *sonraki beden imajı* ortalaması $9,69 \pm 2,69$ belirlenmiştir.

- *Önceki cinsel uyum* ortalaması $7,04 \pm 1,73$, *memelerin cinsellikteki önemi* ortalaması $7,4 \pm 2,34$, *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* ortalaması $-4,28 \pm 2,63$ olarak belirlenmiştir.
- Beden imajı puan ortalaması ile cinsel uyum puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bağımsız değişkenlerin beden imajı ve cinsel uyum ölçek puanlarını etkileyip etkilemediği durumu incelendiğinde;

- Kronik sağlık sorunu olan hastaların *sonraki beden imajı* puan ortalaması olmayanlara göre düşük bulunmuştur. Kronik sağlık sorunu olan hastaların *önceki cinsel uyum* puan ortalaması olmayanlara göre düşük bulunmuştur.
- Evli olan hastalarda *önceki beden imajı* puanı bekar olanlara göre düşük bulunmuştur. Evli olan hastalarda *CU-cinsel fonksiyon üzerine etkisi* puan ortalaması bekar olan hastalara göre düşük bulunmuştur.
- Çocuk sahibi olan hastalarda *önceki beden imajı* puan ortalaması çocuğu olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Çocuk sahibi olan hastalarda çocuk sahibi olmayan hastalara göre *sonraki beden imajı* puan ortalaması düşük bulunmuştur.
- Hastanın eğitim durumunun beden imajı alt ölçeğinin alt boyutlarını ve cinsel uyum alt ölçeğinin alt boyutlarını etkilemediği belirlenmiştir.
- Gelir düzeyi iyi olan hastaların *önceki cinsel uyum* puan ortalaması gelir düzeyi orta olan hastalardan yüksek bulunmuştur.
- Emekli grubunun *CU-Cinsel fonksiyon üzerine etkisi* puan ortalaması hem çalışan grubundan hem de çalışmayan hasta grubundan yüksek bulunmuştur.
- Cerrahi tedavi türünün beden imajı ve cinsel uyum ölçeğinin alt boyut puanlarını etkilemediği belirlenmiştir.
- Radyoterapi ve hormonterapi tedavilerinin beden imajı ve cinsel uyum ölçeğinin alt boyut puanlarını etkilemediği belirlenmiştir.

Bu bulgulara dayanarak;

- Hemşireler meme kanserli hastaları tedavi sürecinde ve sonrasında farklı eğitim yöntemleri kullanarak beden imajını geliştirmek amacıyla eğitim vermelilerdir. Cinsel uyum konusundaki sorunlarını değerlendirerek bu konuda destek olmalıdırlar.
- Meme kanserli hastalar içinde evli olanlar ve çocuk sahibi olanlar beden imajı hakkında bilgilendirme yönünden dikkatle ele alınmalıdırlar.
- Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi türünün beden imajına etkisi konusunda yeni araştırmalar planlanması önerilebilir.

9. EKLER

EK-1 Sosyodemografik ve klinik özellikler formu

1. Cinsiyet: Kadın() Erkek()
2. Yaş:.....
3. Medeni Durum: Evli() Bekar()
4. Çocuk Sayısı (varsa):.....
5. Eğitim Durumu.....
6. Gelir düzeyi:
İyi (Geliri giderinden fazla) ()
Orta (Geliri giderine denk) ()
Kötü (Geliri giderinden az) ()
7. Çalışma durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli ()
6. Kronik Sağlık Sorunları (Hipertansiyon, Diyabet....):.....
7. Meme kanseri tanısını kaç yaşında konuldu?
8. Tanıdan bu yana geçen süre ne kadar? 1-6 ay 7-12 ay 1-3 yıl 3 yıl ve üzeri
.....
9. Kanser tanısının anındaki evresi
- Tanıdan sonra hangi tedaviler uygulandı?.
10. Cerrahi 1. Geçirmedi () 2. Meme koruyucu () 3. Mastektomi ()
11. KT Evet () Hayır ()
12. RT Evet () Hayır ()
13. Hormonoterapi Evet () Hayır ()
14. Menstruasyon dönemleri devam ediyor mu? Evet() Hayır()

EK-2 Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği

Beden İmajı Ölçeği					
1-Meme kanseri olmadan önce görünümünüzden ne kadar memnunuz?	Hiç memnun değildim 1	Biraz memnundum	Orta derecede memnundum	Çok memnundum	Son derece memnundum
2-Meme kanseri olmadan önce, vücudunuzu başkalarının görmesinden (bikini, mayo ya da vücut hatlarınızı gösteren kıyafetler giymekten) ne kadar rahatsızdınız?	Hiç rahatsız değildim	Biraz rahatsızdım	Orta derecede rahatsızdım	Çok rahatsızdım	Son derece rahatsızdım
3-Meme kanseri olmadan önce, vücutölçülerinizden (boyunuzdan, kilonuzdan) ne kadar memnunuz?	Hiç memnun değildim	Biraz memnundum	Orta derecede memnundum	Çok memnundum	Son derece memnundum
4-Meme kanseri olduktan sonra, vücudunuzu başkalarının görmesi (bikini, mayo ya da vücut hatlarınızı gösteren kıyafetler giymek) sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Orta derecede rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor
5-Meme kanseri olduktan sonra, vücudunuzda oluşan değişiklikler sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Orta derecede rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor
6-Meme kanseri olduktan sonra, ameliyat olan memenize o bölgeyi başkalarının (eşiniz, yakınlarınız, hemşire, doktor) görmesi sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Orta derecede rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor

Cinsel Uyum Ölçeği					
1-Meme kanseri olmadan önce cinsel hayatınızdan ne kadar memnunuz?	Hiç memnun değildim	Biraz memnundum	Orta derecede memnundum	Çok memnundum	Son derece memnundum
2-Meme kanseri olmadan önce cinsel eş/partner olarak kendinize ne kadar güveniyordunuz?	Hiç güvenmiyordum	Biraz güveniyordum	Orta derecede güveniyordum	Çok güveniyordum	Son derece güveniyordum
3-Meme kanseri olmak, cinsel arzularınızı ne kadar etkiledi?	Önemli ölçüde azaldı	Azaldı	Etkisi olmadı	Arttı	Önemli ölçüde arttı
4-Meme kanseri olmak, cinsel ilişkinizi ne kadar etkiledi?	Çok daha kötü oldu	Kötü oldu	Etkisi olmadı	İyileşti	Çok daha iyi oldu
5-Meme kanseri olmak, cinsel ilişkiyi başlatma sıklığınızı ne kadar etkiledi?	Önemli ölçüde azaldı	Azaldı	Etkisi olmadı	Arttı	Önemli ölçüde arttı
6-Meme kanseri olmak, cinsel ilişkiden tatmin olmanızı ne kadar etkiledi?	Çok daha kötü oldu	Kötü oldu	Etkisi olmadı	İyileşti	Çok daha iyi oldu
7-Memeleriniz cinsel yaşamınız için ne kadar önemlidir?	Hiç önemli değil	Biraz önemli	Orta derecede önemli	Çok önemli	Son derece önemli
8-Bir kadın olarak memeleriniz cinsel kimliğiniz (kendinizi kadın olarak hissetmeniz açısından) için ne kadar önemlidir?	Hiç önemli değil	Biraz önemli	Orta derecede önemli	Çok önemli	Son derece önemli

EK-3 Ölçek kullanım İzni

----- Orijinal mesaj -----

Başlangıç tarihi: Figen Erol Ursavaş

<figeneroll@gmail.com>

Tarih: 08.07.2017 11:24 (GMT+03:00)

Alıcı: kadriye başkaya

<kadriye_baskaya@hotmail.com>

Konu: Re: CİNSEL UYUM VE VÜCUT RESİM
SKALASI

Merhaba kadriye hanım tabi kullanabilirsiniz fakat şuan tatildeyim ve Yanımda bilgisayarım Yok ölçekle ilgili detaylı bilgiyi ve puanlandırılması ile ilgili bilgileri içeren dosyayı size 17 Temmuz'dan önce gönderemem. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

iPhone'umdan gönderildi

kadriye başkaya

<kadriye_baskaya@hotmail.com> şunları

yazdı (7 Tem 2017 15:52):

Merhaba,

EK-4 İstanbul Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi Araştırma Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.38548
Konu : Kadriye BAŞKAYA
Anket Çalışması

18/10/2017

MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kadriye BAŞKAYA'nın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Meme Kanseri Olan Kadınlarda Beden İmajı ve Cinsel Uyumun Belirlenmesi* " isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizin Genel Cerrahi Polikliniğinde yapmaları konusunda müsaadelerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ
Müdür

EK:
-Etik Kurul Kararı(3 Sayfa)
-Anket(3 Sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Neslin EMEKLİ tarafından 18.10.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evražımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 6FE299EFXE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

EK-5

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Benim adım Kadriye Başkaya. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında Yüksek Lisans öğrencisiyim. Bu araştırmayı meme kanseri tanısı konulan hastalarda beden imajı ve cinsel uyum düzeyini belirlemek amacıyla yapmaktayım. Bu araştırmanın hemşirelikte meme kanseri tanısı konulan hasta bakımına katkı sağlayacağını düşünüyorum.

Araştırma sırasında yapılacak işlemler için sizden bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışında bırakılabilirsiniz. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Sizden alınan tüm bilgiler bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu anketi doldurmak on beş dakikanızı alacaktır. Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz. Sorularınız için iletişim bilgilerim aşağıdadır. Saygılarımla

İstanbul Medipol Üniversitesi

Hemşire Kadriye Başkaya

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bu koşullar altında yukarıda söz konusu olan araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

10. KAYNAKÇA

1. Koçak S., Çelik L., Özbaş S., Sak S.D., Tükün A., Yalçın, B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon. İstanbul 2010 Konsensus Raporu. MemeSağlığı Dergisi; 2010. 7(2), 47- 67
2. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Erişim tarih 10.06. 2019 www.globocan.iarc.fr.
3. Cancer Research UK, 2014. <http://www.cancerresearchuk.org/> Erişim tarih 13.06.2019
- 4.<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html> Erişim Tarihi: 06.05.2019
5. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html> Erişim Tarihi: 06.05.2019
6. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, meme Kanseri Tarama ProgramıUlusal Standartları. Erişim tarihi: 10.05.2019 <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf>.
7. Aygin D.Meme kanseri ve cinsel fonksiyon, 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu,Antalya, 2003;95-103.
7. Karayurt Ö. & ANDIÇ S. Meme bakım hemşireliği. Meme SağlığıDergisi; 2011. 7(4), 196-202
8. Enache RG. The relationship between anxiety, depression and self- esteem in women with breast cancer after surgery- prodecia- social and Behavioral Sciences; 2012. 33, 124-127
9. Özbaş A. Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. Meme Sağlığı Dergisi; 2006. 2(3), 115-117
10. Hakan S. Anadolu Lisesi öğrencileri ile yurt dışı yaşantısı geçiren ve Anadolu liselerine gelen öğrencilerin benlik tasarımı açısından karşılaştırılması; 2004. dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/ Milli_Egitim_Dergisi/162/hakan.htm. Erişim Tarihi: 13.06.2019

11. Hakan S. Anadolu Lisesi öğrencileri ile yurt dışı yaşantısı geçiren ve Anadolu liselerine gelen öğrencilerin benlik tasarımı açısından karşılaştırılması; 2004. [dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/ Milli_Egitim_Dergisi/162/hakan.htm](http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/162/hakan.htm). Erişim Tarihi: 13.06.2019
12. Altunay A., Öz F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2006. 46-59
13. Yılmaz, Ş. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastalarında preop ve postop dönemde beden imajı ve benlik saygısının değerlendirilmesi; 2009. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon
14. Thors Cl., Broeckel Ja. & Jacobsen Pb. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*; 2001. 8(5), 442-448
15. Harcourt D.,& Frith H. Women's experiences of an altered appearance during chemotherapy. *Journal of Health Psychology*; 2011. 13(5), 597-606
16. Przewdziecki, A., Sherman Ka., Baillie A., Taylor A., Foley E., & Bilinski KS. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*; 2013. 22: 1872-1879
17. Fouladi N., Pourfarzi F., Mohammadi HA., Masumi A., Agamohammadi M., & Mazaheri E. Process of coping with mastectomy: A qualitative study in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*; 2013. 14, 2079-2084
18. Sheppard LA ve Ely S. Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal* 2008; 14(2): 176-181.
19. Chen CL., Liao MN., Chen SC., Chan PL., & Chen SC. Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer Nursing*; 2012. 35(5), 10-16
20. Breastcancer.org, Pictures of Breast Anatomy, 2012. Erişim tarihi 06.05. 2019 http://www.breastcancer.org/pictures/breast_anatomy.
21. Baron RH. Assessment and Management of Patients With Breast Disorders. In Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH. Editors. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 12th edition, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2010 p.1471-1502.

22. Prendergast PM. Anatomy of the breast. In Shiffman MA, Giuseppe AD. Editors. Cosmetic surgery. 2013. P. 47-55. <http://www.springer.com/us/book/9783642218361>.
23. Tüccar E. Meme anatomisi. In. Aydın S, Akça T. Editors. Tüm yönleriyle meme kanseri. Birinci Baskı. Adana: Nobel Kitapevi; 2011. P. 19-24.
24. Argani P. Cimino-Mathews, A. Johns Hopkings Medicine- Breast cancer & breast pathology 2012. Erişim tarihi 05.06.2019 <http://pathology.jhu.edu/breast/anatomy.php>.
25. Hamolsky D. Nursing management breast disorders. In Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM editors. Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems. 9th edition. Canada: Mosby Elsevier; 2014. P. 1238-1260.
26. Güllüoğlu M, İplikçi A. Meme Kanseri. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. Editors. Meme anatomisi İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2003. P. 1-12.
27. American Cancer Society (a). What is breast cancer?. Erişim tarihi 10.08.2015 <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-what-is-breast-cancer>
28. Ursavaş FE, Karayurt Ö. Meme Kanseri ile yaşamak. Birinci Baskı. İzmir: Altın Nokta Basım Yayın Bilişim; 2015.
29. <https://www.uicc.org/news/new-global-cancer-data-globocan-2018>
30. Cancer Research UK; How cancer can affect your sexuality and sex life <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/physically/sex/effects> Erişim Tarihi: 06.05.2019
31. American Cancer Society <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/medical-treatments/abortion-and-breast-cancer-risk.html> Erişim Tarihi 12.06.2019
32. American Cancer Society. What are the risk factors for breast cancer?. Erişim tarihi 12.06.2019 <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-riskfactors>

33. Foxon SB, Lattimer JG, Felder B. Breast Cancer. In Yabro HC, Wujcik D, Global HD, editors. Cancer Nursing: Principles and Practice. 7th ed. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2011. P. 1091-1137.
34. Güllüoğlu M, İplikçi A. Meme Kanseri. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. Editors. Meme anatomisi İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2003. P. 1-12.
35. <https://www.breastcancer.org/risk/factors/age> Erişim Tarihi: 16.06.2019
36. American Cancer Society (b). What are the risk factors for breast cancer?. Erişim tarihi 15.06.2019 <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-riskfactors>
37. breastcancer.org, 2019 Erişim tarihi: 15.06.2019
<https://www.breastcancer.org/risk/factors/genetics>
38. Colditz GA, Kaphingst KA, Hankinson SE, Rosner B. Family history and risk of breastcancer: nurses' health study. Breast Cancer Res Treat 2012; 133: 1097-1104.
39. ACS, 2019 Erişim Tarihi: 15.06.2019
https://www.breastcancer.org/risk/factors/personal_history
40. ACS, 2015 American Cancer Society. What are the risk factors for breast cancer?. Erişim tarihi 12.06.2019
<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-riskfactors>
41. Breastcancer.org, 2019 https://www.breastcancer.org/risk/factors/dense_breasts.
Erişim Tarihi: 20.05.2019
42. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R. Griffin J, O'Meara ES, Buist DSM, Kerlikowske K, Van Ravesteyn NT, Trentham-Dietz A, Mandelblatt JS, Miglioretti DL. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years a systematic review and meta analysis. Annals of Internal Medicine 2012; 156: 635-648.
43. breastcancer.org Erişim Tarihi 15.06.2019
https://www.breastcancer.org/risk/factors/menstrual_hist
44. breastcancer.org Erişim Tarihi: 15.06.2019
<https://www.breastcancer.org/risk/factors/radiation> cancer.org, 2017,
45. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>. Erişim Tarihi: 15.00.2019

46. Kotsopoulos J, Lubinski J, Moller P, Lynch HT, Singer CF, Eng C, Neuhausen SL, Karlan B, Kim-Sing C, Huzarski T, Gronwald J, McCuaig J, Senter L, Tung N, Ghadirian P, Eisen A, Gilchrist D, Blum JL, Zakalik D, Pal T, Sun P, Narod SA, Hereditary Breast Cancer Clinical Study Group. Timing of oral contraceptive use and the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers Breast Cancer Res Treat 2014; 143(3): 579-586
47. Li CI, Beaber EF, Chen Tang MT, Porter PL, Dalling MR, Malone KE. Effect of depomedroxyprogesterone acetate on breast cancer risk among women 20 to 44 years of age. Prevention of Epidemiology 2012; 72(8):2028-2035.
48. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. Breastfeeding Medicine 2015;10(3):175- 182.
49. breastcancer.org, <https://www.breastcancer.org/risk/factors/alcohol>
50. Aune D, Chan DSM, Greenwood DC, Vieria AR, Navarro Rosenblatt DA, Vieria R, Norat T. Dietary fiber and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Annals of Oncology 2012; 23: 1394-1402.
51. McKenzie F, Ferrari P, Freisling H, Chajes V, Rinaldi S, De Batlle, Dahm CC, Overvard K at all. Health lifestyle and risk of breast cancer among postmenopausal women in the european prospective investigation into cancer and nutrition cohort study. Int J Cancer 2015; 136: 2640-2648
52. Hystad P, Villeneuve PJ, Goldberg MS, Crouse DL, Johnson K, The Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. Exposure to traffic-related air pollution and the risk of developing breast cancer among women in eight Canadian provinces: A case- control study. Environmental International 2015; 74: 240-248
53. Luo J, Margolis KL, Wactawski-Wende J, Horn K, Messina C, Stefanick M, Tindle HA, Tong E, Rohan TE. Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. BMJ 2011; 342: 1-8.
54. breastcancer.org, 2019 Erişim Tarihi: 15.06.2019
https://www.breastcancer.org/risk/factors/light_exp
55. National breast cancer foundation <http://www.nationalbreastcancer.org/> Erişim tarihi 07.07.2019.

56. Somunoğlu S. Meme kanseri: belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(10): 104-117.
57. Freimanis RI, Yacobozzi M. Breast cancer screening. NCMJ 2014; 75(2): 117-120
58. American Cancer Society , Breast awareness and self-exam, 2015. Erişim tarihi 15.06.2019
59. Thomas DB, Gao DL, Ray MR, Wang WW, et al. Randomized trial of breast self examination in Shangai: methodology and preliminary results. J Natl Cancer Inst 1997; 89:355-365.
60. Öztürk M, Uskun E, Özdemir R, Çınar M, Alptekin F, Doğan M. Isparta İlinde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku- Tarihi 2005;13: 179-186.
61. Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016. Erişim tarih 20.05.2019 <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/breast-cancer-facts-figures>
62. Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breastselfexamination. The Breast Journal, 2003; 9(2): 86-89.
63. İğci A, Asoğlu O (2003). Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. Meme Kanseri. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydınır, Maktav Dinçer, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 113-123.
64. Megdal SP, Kroenke CH, Laden F, Pukkala E, Schemhammer ES. Night work and breast cancer risk: a systematic review meta-analysis. European Journal of Cancer 2005;1(13): 2023-2032.
65. American College of Radiology. BI-RADS – Mammography, 2013. Erişim tarihi 08.07.2019 <http://www.acr.org/Quality-Safety/Resources/BIRADS/Mammography>
66. Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YCT, Walter LC, Church TR, Flowers CR, LaMonte SJ, Wolf AMD, DeSantis C, Lortet-Tieulent J, Andrews K, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, Smith RA, Brawley OW, Wender R. Breast cancer screening for women at average risk 2015 guideline update from the American cancer society. JAMA 2015; 314(15): 1599-1614.
67. The breast imaging reporting and data system: positive predictive value of mammographic features and final assessment categories
68. Binokay F, Soyupak S. Meme kanserinde radyolojik görüntüleme. In: Aydın S,

- Akça T,editors. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım, Adana, Adana Nobel Kitapevi; 2011. P. 126-136.
69. American Cancer Society (g), Mammograms and Other Breast Imaging Tests, 2015. Erişim tarihi 15.06.2019
70. Eti Aslan F,Gürkan A,Şelimen D.Stomalı hastaların cinsel sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik yaklaşımları I.Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu,İstanbul,1995;32-34
71. Bozkurt B. Cerrahi biyopsiler. In: Aydın S, Akça T, editors. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım, Adana, Adana Nobel Kitapevi; 2011. P.
72. Çelik L, Çubuk R. Memede radyoloji rehberliği ile yapılan minimal invaziv perkütan girişim ve biyopsi teknikleri. In: Aydın S, Akça T, editors. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1.Basım, Adana, Adana Nobel Kitapevi; 2011. P. 165-176
73. Kılıç F, Yılmaz MH. Meme biyopsisi: hasta ve yöntem seçimi; hangi lezyonda ne yapalım? Trd Sem 2014; 2: 140-157.
- 74.breastcancer, 2019 Erişim Tarihi: 15.06.2019
<https://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/biopsy>
75. Kaymakça Ş. Meme hastalıkları. Karadakovan A, Aslan FE. Editors. Dahili ve cerrahihastalıklarda bakım. 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2014.
76. Sak SD. Meme kanseri patolojisi. In. Aydın S, Akça T. Editors. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım. Adana: Nobel Kitapevi; 2011. P. 189-213.
- 77.breastcancer.org, 2019 Erişim Tarihi: 15.06.2019
<https://www.breastcancer.org/symptoms/types/idc>
- 78.breastcancer.org, 2019 Erişim Tarihi: 15.06.2019
<https://www.breastcancer.org/symptoms/types/ilc>
- 79.breastcancer.org, 2019 Erişim Tarihi: 15.06.2019
<https://www.breastcancer.org/symptoms/types/inflammatory>
- 80.breastcancer.org, 2019 Erişim Tarihi: 15.06.2019
<https://www.breastcancer.org/symptoms/types/pagets>
81. Polat AK, Andaçoğlu O, Soran A. Meme koruyucu cerrahi In: Aydın S, Akça T. Eds.Tüm yönleriyle meme kanseri. Birinci Baskı. Adana: Adana Nobel Kitapevi; 2011.

82. cancer.org, 2017 <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/mastectomy.html> Erişim Tarihi: 06.05.2019
83. Karayurt Ö. Meme Kanseri. Can G. Editors. Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. P. 619-657.
84. Fajdic J, Djurovic D, Gotovac N, Hrgovic Z. Criteria and procedures for breast conserving surgery. Acto Inform Med 2013; 21(1): 16-19.
85. Newman LA, Kuerer HM. Advances in breast conservation therapy. Journal of Clinical Oncology 2005; 23(8): 1685-1697
86. cancer.org, 2017 <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/lymph-node-surgery-for-breast-cancer.html> Erişim Tarihi: 06.05.2019
67. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/fertility-and-sexual-side-effects/sexuality-for-men-with-cancer/treatment-and-desire-and-response.html> Erişim Tarihi: 06.05.2019
88. Balkan M, Öztürk E. Sentinel lenf nodu biyopsisi. In: Aydın S, Akça T, editors. Tümörleriyle meme kanseri. 1. Basım, Adana, Adana Nobel Kitapevi; 2011. P. 333-343.
89. Radiation Therapy Benefits All Early-Stage Hormone-Receptor-Positive Breast Cancer <https://www.breastcancer.org/research-news/rads-benefits-all-early-stage-hr-positive-bc>
90. Ozkan B, Menteş S, Ozturk A, Soyuer S. Effects of follow by phone interview andanger management training provided to patients with breast cancer undergoing radiotherapyon levels of self-esteem, anger and depression. International Journal of Hematology andOncology 2014; 24(4):260-269.
- 91.breastcancer.org, 2019. <https://www.breastcancer.org/symptoms/types/ilc/treatment/systemic> Erişim Tarihi: 09.07.2019
92. https://www.breastcancer.org/treatment/chemotherapy/side_effects Erişim Tarihi: 15.06.2019

93. B ker N, Ően F. Onkoloji hastasında kemoterapi ve bakım In: Can G Ed. Onkoloji hemşireliği. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014; 205-212.
94. Erol Ursavaş, Karayurt  . Meme Kanseri ile Yaşamak, 1. Basım, İzmir, Kitapana, 2015; 26-83
95. Baron RH. Assessment and Management of Patients With Breast Disorders. In Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH. Editors. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th edition, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2010 p.1471-1502.
96. Mauri D, Pavlidis N, Ioannidis JPA. Neoadjuvant versus adjuvant systemic treatment inbreast cancer: a meta-analysis. J Natl Cancer Inst 2005; 97: 188-194.
97. breastcancer.org, 2019. <https://www.breastcancer.org/treatment/chemotherapy> Erişim Tarihi:12.06.2019
98. breastcancer.org, 2016. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/hormone-therapy-for-breast-cancer.html> Erişim Tarihi: 09.07.2019
99. breastcancer.org, 2019 https://www.breastcancer.org/treatment/hormonal/what_is Erişim Tarihi: 12.06.2019
100. Yılmaz, Ő. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastalarında preop ve postop dönemde beden imajı ve benlik saygısının değerlendirilmesi; 2009. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon
101. K c k N. Talasemi maj rl  adölesanlarda beden imajının benlik saygısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi; 2007 Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
102. Gündoğan F. Sirozlu hastaların beden imajı ve benlik saygılarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu; 2006
103. Webster J., Tiggemann M. The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control. The Journal of Genetic Psychnlogy; 2003. 164(2), 241-252
104. McCabe MP., Ricciardelli LA. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. Journal of Psychosomatic Research; 2004. 56, 675-685

105. Esnaola I., Rodriguez A., Goni A. Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental*;2010. 33, 21-29
106. Tezcan B. Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar; Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; 2009.
107. Kula N. Mesnevideki bedensel engelli birey örneklerinin yer aldığı hikayelerin engellilerin sorunlarıyla baştmesindeki rolü. *Türk İslam Medeniyeti Akademik Araştırmalar Dergisi Mevlana Özel Sayısı*; 2007. 3, 171-191
108. Garip M. Meme kanseri nedeniyle opere olan hastalarda meme koruyucu cerrahi veya radikal mastektomi kararını etkileyen faktörler ve cerrahi türünün hasta üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul; 2008
109. Potur D.C. İlk gebelikte beden imajının algılanma durumunun değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul*; 2003
110. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*; 2004. 1 (1), 1-6. ISSN:1303- 5134
111. Özkan S., Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik Tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*; 2009. 5(2), 60-64
112. Roussi P., Krikel V., Hatzidimitrou C., Koutri I., Patterns of coping flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy&Research*; 2007. 31, 97-109
113. Yeter K., Savcı A.; Sayiner FD. Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*; 2009. 5 (2): 65-68
114. Al-Ghazal SK., Fallow L., Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*; 2000. 36, 1938-1943
115. Avis N., Crawford S., Manuet J. Psychosocial problems among younger women with breastcancer. *Psycho-Oncology*; 2004. 13 (5), 295-308
116. Fobair P., Stewart SL., Chong S., D'onofrio C., Bbonks PJ., Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*; 2006. 15, 579-594

117. Uçar T., Uzun Ö. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*; 2008. 4(3), 162-168
118. Collins KK., Liu Y.; Schootman M., Aft R., Yan Y., Dean G. et, al. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*; 2011. 126(1), 167-176
119. Rosemberg SM.i Tamımı R.M., Gelber S., Ruddy K.J., Kereakoglow S., Borges VF. et al. Bofy image in regently dianosed young women with early breastcancer. *Psycho-Oncology*; 2013. 22: 1849-1855
120. Gültekin Z., Pınar G., Pınar T., Kızıltan G., Doğan N., Algier L., et, al. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *International Journal of Hematology and Oncology*; 2008. 18(2), 99-106
121. Chirgwin J., Gray C., Milesşkın L. Does multidisciplinary care enhance the management of advanced breast cancer. Evaluation of advanced breast cancer multidisciplinary team meetings. *Journal of Oncology Practice*;2010. 6(6), 294-295
122. Cash TF.,& Pruzinsky T. Body image, a handbook theory, research, and clinical practice. Newyork, USA: The Guilford Press; 2002. 269-322
123. Biglia N, Moggio G, Peano E, Sgandurra P, Ponzone R, Nappi RE, Sismondi P. Effectsof surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, congntive functions, andbody weight. *J Sex Med* 2010; 7: 1891-1900
124. Krychman ML, Katz A. Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options. *J Sex Med* 2012; 9: 5-13.
125. Bakht S, Najafi S. Body image and sexual dysfunctions: comparison between breastcancer patients and healthy women. *Procedia Social and Behavior Sciences* 2010; 5: 1493-1497.
126. Kedde H., Wiel HBM., Schultz WCMW., Wijzen C.Sexualdysfunction in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*; 2013. 21: 171-180
127. Garrusi B, Faezee H. How do Iranian women with breast cancer conceptualize sex and body image. *Sexuality and Disability* 2008; 26(3):159-165
128. Manganiello A, Komura Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Manganiello Rocha CA.Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal ofOncology Nursing* 2011; 15: 167-172.

129. Lam WWT, Li WWY, Bonanno GA, Mancini AD, Chan M, Or A, Fielding R. Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breastcancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Res Treat* 2012;131: 957-967.
130. Ussher JM., Perz J., Gilbert E. Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*; 2012. 327-337
131. Williamson S. 85% of women with breast cancer reported changes to sexual well-being, with most wanting information on these changes. *Evid Based Nurs* 2014; 17(2): 34-35.
132. Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer- a two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing* 2013; 17: 340-345.
133. Erol Ursavas F., RN, MSc, and Karayurt Ö, RN, PhD. Adaptation of the Sexual Adjustment and Body Image Scale in Turkish Breast Cancer Women. *International Journal of Nursing Knowledge* 2014; 30(2)
134. Asi Karataş S., Erdoğan E. Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve evlilik doyumunun incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Erzurum; 2015
135. Robert N., Asmar L., Belt R., Leyland Jones B., Ilegbodun D., Loesch D. Randomized Phase III Study of Trastuzumab, Paclitaxel, and Carboplatin Compared With Trastuzumab and Paclitaxel in Women With HER-2 Overexpressing Metastatic Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*; 2006. 24(18): 2786-2792.
136. Dalton EJ, Rasmussen VN, Classen CC, Grumann M, Palesh OG ve ark. Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): A New Measure for Breast Cancer Patients. *The Breast Journal* 2009; 15(3): 287-290. doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00718.x
137. Fang SY, Lin YC, Chen TC, Lin CY. Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. *Support Care Cancer* 2015;23: 2551-2559.
138. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction in Turkish women. *Urologia Internationalis* 2004 ; 72(1): 52-57.

139. Denizgil T., Sönmez İ. Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçirmiş Kadınlarla Mastektomi Operasyonu Geçirmiş Kadınlar Arasında Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Doyum ve Cinsel Yaşantıların Karşılaştırılması. Yeni Symposium; 2015
140. Dunn KM, Jordan K, Croft PR, Assendelft WJJ. Systematic review of sexualproblems. Epidemiology and methodology. J Sex Marital Ther 2002; 28: 399-422.
141. Kuzhan A., Adlı M. Sosyoekonomik-Kültürel Faktörlerin Meme Kanserine Etkisi. J Breast Health 2015; 11: 17-21
142. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/357-kanser-dairesi-baskanligi-kanser-nedir-belirtileri.html> Erişim Tarihi: 15.06.2019

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayf : 10846098-604.01.01-E.31870
Konu : Etik Kurulu Kararı



E-Posta Adı

15/09/2017

Sayın Kadriye BAŞKAYA

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Meme Kanseri Olan Kadınlarda Beden İmajı Ve Cinsel Uyumu Belirletilmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Haneli ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Eic:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı Kanunla Kararı tarihine göre Prof. Dr. Haneli ÖZBEK tarafından 15.09.2017 tarihinde onaylanmıştır.
Bu belgeyi http://abys.medipol.edu.tr/etk-kurulu/iznuzen/115982E1XD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Avusturya Bulvarı, Etiler Mahallesi, Kat:19 Kavayıcı Kavsığı, 34610
İSTANBUL

Tel: 444 25 41
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için: bilg@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Olan Kadınlarda Beden İncişi Ve Cinsel Uyumun Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/AD/SOYADI	Kudriye Başkaya			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Sayfa 1

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	24.08.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	24.08.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
Karar Bilgileri	Karar No: 325	Tarih: 15/09/2017				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kadriye	Soyadı	BAŞKAYA
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	21.03.1993
Uyruğu	TC	E-mail	kadriye_baskaya@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Haliç Üniversitesi	2016
Lise	Suadiye Hacı Mustafa Tarman Lisesi	2011

Yabancı Diller

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Zayıf	Zayıf	Zayıf

ALES Puanı

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	59,32	56,77	63,081

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Excel	İyi
SPSS	Zayıf