

# MEME KANSERLİ KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ İNCELENMESİ

Dilek Aygın<sup>1</sup>, Fatma Eti Aslan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Bu çalışma, 8. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi'nde (2005) sunulmuştur

## ÖZET

**AMAÇ:** Araştırma, meme kanserli kadınların cinsel işlev bozukluklarını belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**GEREÇ ve YÖNTEMLER:** Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin kanser tedavi merkezinde meme kanseri tanısı ile tedavi uygulanmış ve kontrolleri sürdürülen 190 kadın oluşturmuştur. Veriler, meme kanserli kadınların bireysel özelliklerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bir form ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik, geçerlilik-güvenilirlik, parametrik ve ilişki incelemeye yönelik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

**BULGULAR:** KCIÖ ile yapılan ölçüm sonucunda çalışma kapsamında olan ve önceden cinsel işlev bozukluğu bulunmayan kadınların yarısından fazlasında cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir. İleri yaşın, düşük eğitim düzeyinin, bir işte çalışmamanın, kırsal kesimde yaşamamanın, menopozda olmanın kadında cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını anlamlı ( $p<0.05$ ) bir şekilde artırdığı saptanmıştır.

**SONUÇ:** Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü söylenebilir. Bu sonuçlara dayanarak, meme kanserli kadınların cinsel işlev bozuklukları açısından rutin olarak değerlendirilmesi, kanser ve tedavilerin yanında cinsel yaşamalarını nasıl sürdürecekleri konusunda kadın ve eşine bilgi verilmesi, danışmanlık yapılması gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** meme kanseri, cinsellik, kadın, cinsel işlev bozukluğu, kanser tedavi protokolleri

## A STUDY OF SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN WITH BREAST CANCER

### ABSTRACT

**Objective:** The research was carried out methodologically and descriptively in order to define the situation of sexual dysfunction in women with breast cancer.

**MATERIALS and METHODS:** The scope of the research covered 190 women who had undergone treatment after being diagnosed as breast cancer and whose controls are continuing in an university hospital. Data were collected by a form aiming to define individual characteristics of the women with breast cancer and by the Female Sexual Function Index (FSFI). Descriptive statistics, validity-reliability and parametric analyses, and analysis addressing to relationships were used in the evaluation of the data.

**RESULTS:** According to the results of the measurements taken by FSFI, more than half of the women, included in the study scope and who did not have any sexual dysfunction previously, were defined to have sexual dysfunction. Older ages, lower education, being unemployed, residing in rural areas, and being in menopause were the factors that were found to significantly affect sexual dysfunction prevalence ( $p<0.05$ ).

**CONCLUSION:** In light of the data obtained from the research that sexual dysfunction has a high prevalence in women with breast cancer. Given these results, we believe that women with breast cancer should be assessed routinely as for any sexual dysfunctions, and that both the women and husbands/partners should be given information and counseling on cancer and its treatment, as well as on how to maintain their sexual lives.

**Key words:** breast neoplasms, sexuality, women, sexual dysfunction, antineoplastic protocols

**M**eme kanseri tüm dünyada önemli sağlık sorunlarından biridir (1-9). Amerikan Kanser Birliği'nin verilerine göre 2007 yılında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 178.480 yeni meme kanseri tanısı konulacağı, bunların 2030'unun erkek olacağı ve 40.910 kişinin ise, bu hastalık yüzünden yaşamını kaybedeceği tahmin edilmektedir. Cinsiyete özgü bir hastalık olarak da kabul edilen meme kanserinin görülme sıklığı kadınlarda %29, erkeklerde ise %1'den azdır

(3,10-12). Meme kanseri puberte öncesi dönemde hemen hemen hiç görülmezken, 20 yaş altında çok nadir görülmekte, 20 yaşından sonra ise insidans hızla artmakta ve 54 yaşından sonra bu artış belirginleşmektedir (1,5,13-16). Kırk yıl kadar önce ABD'nde 20 kadından birine meme kanseri tanısı konulurken, günümüzde dünyada her sekiz kadından birinde, yaşamının herhangi bir döneminde meme kanseri gelişeceği vurgulanmaktadır (3,5,9,17)

Son yıllarda meme kanserinde erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile birlikte, sağkalım oranının arttığı (1,5 ); 1990'dan bu yana, meme kanseri görülme oranındaki artışa karşın, bu hastalığa bağlı mortalite oranının, yıllık ortalama %2 azaldığı belirtilmektedir (3-5,18,19). ABD'nde meme kanseri tanısından sonraki beş yıl içinde kadınların sağkalım oranının, 1940'larda %72 iken (20) günümüzde erken evrede belirlenen meme kanserlerinde %97'lere ulaştığı (20-22); yaklaşık 10 yıllık sağkalım oranının %78.3, 15 yıllık sağkalım oranının da %71.3 olarak belirlendiği bildirilmektedir (23).

Meme kanseri görülme sıklığı ve mortalitesi coğrafi bölgeye, kültüre, ırka, etnik kökene ve sosyo-ekonomik duruma göre de değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda meme kanseri, Güney Amerika ve Doğu Avrupa Ülkelerinde orta sıklıkta, Japonya'da daha az sıklıkta görülmektedir. Buna karşın endüstrileşmiş ülkelerde insidansın arttığı belirtilmektedir (1,6,13,18,24).

Ülkemizde kansere yönelik sağlıklı kayıt ve bildirim sisteminin olmaması nedeniyle, meme kanserine ait ulusal veriler yeterli olmakla birlikte; Sağlık Bakanlığı'nın 1999 yılı verilerine göre, meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında % 24.1 (2390 vaka) oranıyla en sık görülen kanser türüdür (25).

Erken evrede saptanan meme kanserinin standart tedavisinin cerrahi olduğu bilinmektedir (1,2,8,26-28). Uygulanan yöntemlere göre değişimle birlikte tüm cerrahi girişimler birçok fiziksel ve psikososyal soruna neden olur. Fiziksel sorunlar arasında ağrı, enfeksiyon, doku perfüzyonunda bozukluklar, lenf ödem; psikososyal sorunlar arasında ise, stresli yaşamın getirdiği emosyonel zorlanma, nüks olasılığına bağlı korku, depresyon, beden imgesinin bozulması ve cinsel işlev bozukluğu sayılabilir (1-3,6,8,26-30). Kadın cinsel işlev bozukluğu, insandaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya bir kaç aşamasının bozulması ve/veya cinsel ağrı olarak tanımlanmaktadır (31,32).

Cinsel güçlüklerin psikolojik nedenleri arasında; cinsel performans ile ilgili anksiyete, cinsel aktivite sırasında beklenen ağrı ve rahatsızlık korkusu, eşi tarafından reddedilme veya terk edilme korkusu sayılabilir (14,26,33). Bu olumsuz etkiler hastanın yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Kanser tedavisi nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında; kadınlarda vajinada atrofi, kuruluk, androjen eksikliğine bağlı cinsel isteksizlik gibi cinsel sorunların da yer almasına karşın, Türkiye'de bu sorunun incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır (2,6,8,30). Meme kanseri erken tanı ve tedavisinde sağlanan ilerlemelerin yaşam süresini uzattığı bilinmektedir (1,5,26). Dolayısıyla yaşam süresi uzayan bu kadınlarda yaşam kalitesi sorunları gündeme gelmiş ve giderek de önem kazanmaktadır. Tüm bireyler için yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olan cinsellik, kanserli hastalar için de aynı ölçüde değerlidir (34). Kanser hastalarında genellikle hastalığın bertaraf edilmesine odaklanan sağlık profesyonelleri, cinsel fonksiyonların sürdürülmesi gereğini ve olası bozuklukları göz ardı edebilmektedir. Cinselliğin göz ardı edilmesinde

bir diğer engel de; hastaların, eşlerinin ve sağlık profesyonellerinin bu konularla ilgili kişisel rahatsızlığıdır. Diğer bir önemli engel zaman sınırlılığıdır. Bakım sırasında, hastalık, prognozu ve tedavisine ilişkin eğitim, gerekli açıklamalar yapılır ve primer semptomların giderilmesine odaklanılır. Dolayısıyla fizyolojik bir gereksinim olan cinsel yaşamın sürdürülmesi çoğu zaman ikinci planda kalır (26).

Cinselliğin sağlık bakımının bir parçası olduğu tüm sağlık meslek örgütleri tarafından da benimsenmekte; sağlık profesyonellerinin zaman sınırlılığı, bilgi-egitim eksikliği, cinsel davranış konusunda kişisel anksiyete nedeniyle hastaların cinsel davranışlarını görüşmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (33). Cinsellik hakkında konuşmak zor olsa da, uygun eğitim almış uzman sağlık personeli, bilişsel ve davranışsal cinsel terapiler uygulayarak yardımcı olabilirler (34).

Araştırmanın ana amacı; meme kanseri nedeniyle cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi uygulanan kadınların cinsel işlev bozukluklarını belirlemektir. Ayrıca, benzer çalışmalara ışık tutarak sağlık profesyonellerine destek olmaktadır.

### Gereç ve yöntem

Çalışma, meme kanseri nedeniyle modifiye radikal mastektomi (MRM), meme koruyucu tedavi (MKT)+aksiller diseksiyon, kemoterapi, radyoterapi veya hormon tedavisi uygulanan/uygulanmış kadınların, cinsel işlev bozukluklarını belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışma, 01.10.2003-31.08.2004 tarihleri arasında İstanbul İli Anadolu Yakası'nda bulunan bir kanser tedavi merkezinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü hastane bir eğitim hastanesi olup, kanser hastaları için radyoterapi ve günlük kemoterapi tedavi merkezi hizmet vermektedir. Bu tedavi merkezinde çalışmanın yapıldığı tarihte kayıtlı meme kanserli hasta sayısı ise 350'dir. Cinsel sorun yaşayan hastalar için profesyonel anlamda danışmanlık hizmeti verilmemektedir. Ancak sağlık profesyonellerine bu konuda başvuran hastalar uzmanlara yönlendirilmektedir.

Araştırmanın evrenini; kanser tedavi ve radyasyon onkolojisi merkezinde meme kanseri tanısı ile tedavi uygulanmış/uygulanan ve kontrolleri sürdürülen kadın hastalar oluşturmuştur. *Örneklem kapsamına*; 20-70 yaşları arasında, cinsel eşi bulunan, Türkçe konuşan, görme, işitme duyularında iletişimi güçleştirecek engeli bulunmayan, en az ilköğretim mezunu, şu anda hastalığı metastaz yapmamış, en az altı ay önce cerrahi girişim geçirmiş ve çalışmaya katılmaya istekli (gönüllülük esas olduğu için araştırmanın amacı açıklandıktan sonra) olan kadınlar alınmıştır. "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği"nin 19 madde içermesi ve literatürde belirtildiği gibi (35) her bir maddenin 10 katı kadına ulaşılması hedeflendiği için 190 meme kanserli kadın örneklemimizi oluşturmuştur.

**Verilerin toplanması;** araştırmada veriler, meme kanserli kadınların bireysel özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, uygu-

lanan tedavi türü, cinsel problemi varlığı, menopoz durumu vd.) ve kadın cinsel işlev bozukluklarını belirlemeye yönelik hazırlanan iki form kullanılarak toplanmıştır. Bunlar; Bireysel Özellikler Formu ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ)'dir.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI; Female Sexual Function Index), Rosen ve arkadaşları (2000) tarafından ABD'nde 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, altı bölümden 19 maddeden oluşan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir (36). Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma (lubrikasyon, yağlanma, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0. en düşük puan ise 2.0'dir (36) .

Çayan ve arkadaşları (2004), Türk kadınlarında cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı ile cinsel işlevleri bozabilecek potansiyel risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında KCiÖ'ni kullanmışlar. Cinsel işlev bozukluğu olduğunu söyleyebilmek için, toplam ölçek puanı ve alt boyutların toplam puanı için kesme değerlerini (cut-off) hesaplamışlardır. Bu araştırmacılar, toplam puan  $>22.7$  ise normal cinsel işlev,  $\leq 22.7$  ise cinsel işlev bozukluğu olduğunu ve istek puanı  $\leq 3.6$  (puan aralığı 1.2-6), uyarılma puanı  $\leq 3.9$  (puan aralığı 0-6), kayganlaşma puanı  $\leq 3.6$  (puan aralığı 0-6), orgazm puanı  $\leq 3.6$  (puan aralığı 0-6), doyum puanı  $\leq 3.6$  (puan aralığı 0-6) ve ağrı puanı  $\leq 4.4$  (puan aralığı 0-6) olduğunda ise alt boyutlara ilişkin cinsel işlev bozuklukları olduğunu kabul etmişlerdir (37).

### **Kadın cinsel işlev ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları**

19 madde, altı alt boyuttan oluşan KCiÖ için sırasıyla dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, madde anlaşılabilirliği, madde analizi, test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık ve yapı geçerliliği sınıandı. Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde KMO testi=0.96, iki faktörün birikimli varyansı=%86.82 bulundu. Güvenilirlik çalışmasında, test-tekrar test korelasyon katsayısı=0.75, iç tutarlılık analizi Cronbach Alfa katsayısı=0.98 olarak tespit edilmiştir. Toplam ölçeğin; ham puan ve faktör yükleri ile çarpıldıktan sonra ortalama ve standart sapmasının; sırasıyla;  $43.85 \pm 30.01$  ve  $16.70 \pm 11.14$  olduğu görüldü. Bu veriler; KCiÖ'nin Türk kadını için güvenle kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir.

**Veri toplama formlarının uygulanması;** Kurumun yetkili makamlarından gerekli izin ve araştırmanın uygulanmasında etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına ilişkin Etik Kurul onayı alındıktan sonra veri toplama işlemine başlanmıştır.

Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya istekli kadınların tümüne çalışmanın amacı ve içeriği açıklanmış ve sözlü onamları alınmıştır. Bu kriterlere uyan 20 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak anlaşılmayan ifadeler düzeltilmiştir. Çalışma kapsamına alınan kadınlarla cinsellikle ilgili duyguların rahatça ifade edilebileceği, cinsellikle ilgili kavramların açıklanabileceği, bilgi gereksinimlerinin karşılanabileceği özel bir odada birebir görüşme yapılmıştır. Bu aşamadan sonra isteyen bireylere cinsel

sorunları, nedenleri, pratik yaklaşımlar ve profesyonel yardım alabilecekleri yerler ile ilgili rehberlik ve danışmanlık yapılmıştır.

**Araştırmanın sınırlılıkları;** bu çalışmada araştırma kapsamına sadece bir merkezdeki meme kanserli, 20-70 yaş arasında olan kadınların alınması; ayrıca örnekleme oluşturan kadınların önceki cinsel yaşamlarının bir ölçek kullanılarak değerlendirilmemesi; geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmayı planladığımız ölçeğin ise sadece son bir ayı değerlendirmesi sınırlılık olarak kabul edilmiştir.

**Verilerin değerlendirilmesi;** çalışma kapsamına alınan 190 meme kanserli kadının cinsel işlevlerine ilişkin verilerin istatistiksel analizi, SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; bireysel özelliklere ilişkin bulgularda sayı, yüzdeler dağılımı; bireysel özelliklere göre KCiÖ'nin toplam puan ve ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgularda; tanımlayıcı istatistik yöntemler (ortalama (ORT), standart sapma (SS)), Ki-Kare Analizi ( $\chi^2$ ), İlişkisiz Grup t-Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Tamamlayıcı hesaplardan Scheffe Testi kullanıldı. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik ölçümleri için; Cronbach alpha, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi, Bağımlı (Eşleştirilmiş) Grublarda t-Testi, Faktör Analizi, Bartlett Testi, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi kullanılmıştır.

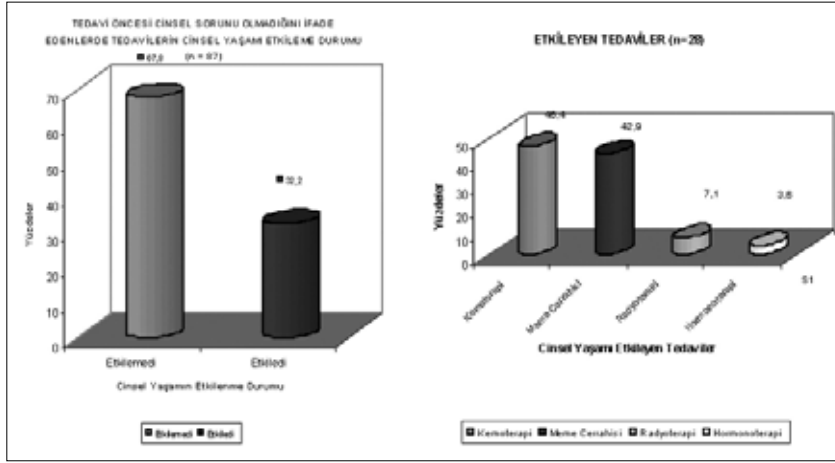
Değerlendirmeler % 99-95 güven aralığında, 0.01 ve 0.05 anlamlılık düzeyine göre yapılmıştır (35,38).

### **Bulgular**

Kanser tedavi ve radyasyon onkolojisi merkezinde tedavi gören kadınların (30-70 yaş arası, ortalama;  $50.66 \pm 9.98$ ) %48,4'ünün 50 yaş üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların %40'ı orta öğretimi bitirdiğini, %58,9'u ev hanımı olduğunu, %14,2'si de aktif olarak çalıştığını ifade etmiştir. Yine kadınların %66,3'ünün menopoz döneminde olduğu ve %92,1'inin meme kanseri öncesi pelvik cerrahi işlem geçirmediği Tablo 1'de görülmektedir.

Cerrahi girişim türü olarak %72.1'inin MRM geçirdiği, cerrahi girişimden sonra 6-18 ay süre geçenlerin oranının %54.2 olduğu belirlenmiştir. Cerrahi girişim sonrası kadınların %94.7'sine tıbbi tedavi uygulandığı, bu tedavi türleri incelendiğinde de; %88.3'üne kemoterapi, %58.9'una radyoterapi, %22.8'ine ise hormon tedavisi uygulandığı saptanmıştır (Tablo 2).

Kadınların %54.2 (n=103)'sinin meme kanseri öncesi cinsel sorunu olduğu belirlenmiştir. Daha önce cinsel sorunu olmadığını (%45.8; n=87) ifade edenlerin, %32.2 (n=28)'si hastalık ve tedavilerin cinsel yaşamlarını olumsuz olarak etkilediğini, bunların da %46.4 (n=13)'ü özellikle kemoterapinin cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini belirttikleri saptanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Tedavi sonrası cinsel yaşamın etkilene durumu (N= 87)

Tablo 1. Kadınların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N= 190)\*

Bireysel Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
30 – 40 yaş	29	15.3
41 – 50 yaş	69	36.3
51 – 60 yaş	56	29.5
61 – 70 yaş	36	18.9
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlk Öğretim	71	37.4
Orta Öğretim	76	40
Yüksek Öğretim	43	22.6
<b>Eşinin Eğitim Düzeyi</b>		
İlk Öğretim	47	24.7
Orta Öğretim	76	40
Yüksek Öğretim	67	35.3
<b>Mesleği</b>		
Ev Hanımı	112	58.9
Memur (Devlet + Özel)	36	18.9
Emekli	35	18.4
Serbest Meslek	7	3.7
<b>Eşinin Mesleği</b>		
Emekli	69	36.3
Memur (Devlet + Özel)	63	33.2
Serbest Meslek	58	30.5
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışmıyor	163	85.8
Çalışıyor.	27	14.2
<b>Menstrüasyon Durumu</b>		
Menopozda	126	66.3
Menstrüasyon Sürüyor	64	33.7
<b>Meme Kanseri Öncesi Pelvik Cerrahi İşlem</b>		
Geçirmemiş	175	92.1
Geçirmiş	15	7.9

\*Yüzdeler "N" sayısı üzerinden hesaplandı.

Tablo 2. Cerrahi Girişim Türü, Cerrahi Girişimden Sonra Geçen Süre ve Cerrahi Girişim Sonrası Uygulanan Tıbbi Tedavilerin Dağılımı (N= 190)\*

	n	%*
<b>Cerrahi Girişim Türü</b>		
MRM **	137	72.1
Lumpektomi	46	24.2
MRM+ Rekonstrüksiyon	7	3.7
<b>Cerrahi Girişimden Sonra Geçen Süre</b>		
6 – 18 Ay	103	54.2
19 ve ↑	87	45.8
<b>Tıbbi Tedavi (N= 180)</b>		
Uygulanan	180	94.7
Uygulanmayan	10	5.3
<b>Uygulanan Tıbbi Tedavi Türü (N= 180)***</b>		
Kemoterapi	159	88.3
Radyoterapi	106	58.9
Hormon tedavisi	41	22.8

\* Yüzdeler "N" üzerinden hesaplandı.

\*\* MRM; Modifiye Radikal Mastektomi

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

Kanser tedavisinin eşyle ilişkisini etkilediği belirlenen 83 kadının verdiği yanıtlar beş grupta toplandı. Buna göre, kadınların %44.6'sı "sağlığı için endişeli" olduğunu, %34.9'u "kendini hala hasta" hissettiğini, %32.5'i de "fiziksel görünümünden dolayı rahatsız" olduğunu ifade ettikleri görüldü (Tablo 3).

Toplam ölçek puanına göre kadınların %57.9'unda cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyutlarına göre; kadınların %85.3'ünde cinsel istek, %82.6'sında uyarılma, %59.5'inde kayganlaşma, %57.4'ünde orgazm, %58.9'unda cinsel doyum ve %58.4'ünde cinsel ağrı bozukluğu olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3.** Kadınların tedavinin kadın ile eşinin ilişkisini etkileme durumuna ilişkin ifadeleri (N=190)\*\*

Tedavilerin eş ile ilişkisi etkileme durumu (N=190)	n	%**
"Etkilemedi"	107	56.3
"Etkiledi"	83	43.7
Toplam	<b>190</b>	<b>100</b>
Etkileme Şekli (N=83)*	n	%**
"Sağlığım için endişeliyim"	37	44.6
"Kendimi hala hasta hissediyorum"	29	34.9
"Fiziksel görünümümünden dolayı kendimi yetersiz hissediyorum"	27	32.5
"Tartışmalara neden oldu, eşim anlayışsız"	15	18.0
"Tıbbi komplikasyonlar olumsuz etkiledi"	14	16.9

\* Birden fazla yanıt verildi..

\*\* Yüzdeler toplam sayı üzerinden hesaplandı.

Yaş değişkeni sınıflarına göre (4 sınıf) ölçek alt boyutları puan ortalamaları için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarında istatistiksel açıdan  $p<0.001$  düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 4).

Varyans analizinde kümülatif farklılığın elde edilmesinden sonra, hangi ikili grublar arasında farklılık olduğunu sınamak üzere, tamamlayıcı hesaplardan Scheffe testi sonuçlarına göre; yaş ile **"istek"**, **"uyarılma"**, **"kayganlaşma"**, **"orgazm"**, **"doyum"** ve **"ağrı"** alt boyutları arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) fark olduğu ve bu farkın 61-70 yaş grubundaki kadınlardan kaynaklandığı, bu yaş grubunun ölçek alt boyutlarından aldıkları total puanların diğer yaş gruplarından anlamlı derecede düşük olduğu bulundu. 30-40 yaş grubu ile 41-50 ve 51-60 yaş grupları arasında ölçek alt boyutlarının hiçbirinde anlamlı fark bulunmamıştır.

Cinsel işlev bozuklukları ile hastanın ve eşinin eğitim düzeyi karşılaştırıldığında; kadınların %82.6 (n=157)'sında **"uyarılma bozukluğu"**, %58.9 (n=112)'unda **"doyum bozukluğu"** olduğu ve eğitim düzeyine göre bu iki cinsel işlev bozukluğunda anlamlı (Hastanın eğitimi ile;  $\chi^2=9.198$ ,  $p=0.01$ ;  $\chi^2=13.205$ ,  $p=0.001$  - Eşin eğitimi ile;  $\chi^2=17.262$ ,  $p=0.000$ ;  $\chi^2=8.652$ ,  $p=0.013$ ) ilişki olduğu belirlenmiştir. Bozuklukların nisbeten az bulunduğu yüksek öğretim mezunlarında ölçekten alınan puanların daha fazla olduğu görülmüştür.

Hastanın mesleğine göre de; **"doyum bozukluğu"** açısından fark ( $F=2.787$ ,  $p=0.028$ ) bulundu ve ev hanımlarının %67 (n=75)'sinde doyum bozukluğu olduğu belirlenmiştir.

Eşin mesleği değişkenine göre; **"istek"**, **"uyarılma"**, **"kayganlaşma"**, **"orgazm"** ve **"doyum"** alt boyutlarında istatistiksel açı-

**Tablo 4.** Yaş değişkenine göre ölçek alt boyutları puan ortalamaları için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları (N=190)

Yaş grupları Kadın cinsel işlevleri	F
İstek	<b>10.168*</b>
Uyarılma	<b>9.767*</b>
Kayganlaşma	<b>8.500*</b>
Orgazm	<b>7.589*</b>
Doyum	<b>8.446*</b>
Ağrı	<b>7.181*</b>

\*:  $p<0.001$ ; İstatistik olarak 0.001 düzeyinde anlamlı fark var.

dan 0.01 ve 0.05 düzeyinde anlamlı ( $F=3.141$ ,  $p=0.046$ ;  $F=7.195$ ,  $p=0.001$ ;  $F=6.964$ ,  $p=0.001$ ;  $F=5.188$ ,  $p=0.006$ ;  $F=6.405$ ,  $p=0.002$ ) fark bulunmuştur. Scheffe testi sonuçlarına göre; eşinin mesleği memur olanların ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar her iki gruptan da yüksek ve diğer iki grup ile aralarında **"uyarılma"**, **"kayganlaşma"**, **"orgazm"** ve **"doyum"** alt boyutlarında anlamlı ( $p<0.05$ ) fark olduğu görülmüştür. Eşi emekli olanlarda anlamlı derecede daha fazla cinsel işlev bozuklukları olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Meme hastalığından önce pelvik cerrahi geçirme durumu ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı ( $\chi^2=3.265$ ;  $p=0.059$ ;  $p>0.05$ ) bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 5'te menopoz durumu ile cinsel işlev bozuklukları için yapılan ilişkisiz grup "t" testi sonuçları da, menüstrasyonun devam edip etmemesine göre cinsel işlev bozuklukları arasında istatistik olarak anlamlı fark ( $p<0.001$ ) olduğunu göstermektedir. KCIÖ alt boyut ortalamaları karşılaştırıldığında menopozda olan kadınların tüm alt boyutlardan aldıkları puanların daha düşük ve menüstrasyonu devam edenler ile aralarında istatistik olarak  $p<0.01$  ve  $p<0.001$  düzeyinde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Cerrahi Girişim Türü değişkenine göre ölçek alt boyutları puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan **"istek"** ve **"uyarılma"** alt boyutlarında 0.01 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 6). Scheffe testi sonuçlarına göre; lumpektomi olanların ölçek alt boyutlarından aldığı puanın, MRM uygulanan gruptan daha yüksek olduğu belirlendi; **"istek"** ve **"uyarılma"** alt boyutlarından alınan puanlarda anlamlı derecede fark bulundu. MRM+rekonstrüksiyon olanlar ile lumpektomi ve MRM olanlar arasında ölçek puanları açısından anlamlı ( $p>0.05$ ) fark bulunmamıştır.

Cerrahi girişim türü ile **"ağrı bozukluğu"** arasında anlamlı ( $\chi^2=6.832$ ,  $p=0.033$ ;  $t=-2.455$ ,  $p=0.016$ ) ilişki olduğu ve MRM olan kadınlarda daha fazla ağrı görüldüğü belirlenmiştir. Scheffe testi



**Tablo 5.** Menopoz durumu ile cinsel işlev alt boyutlarının ortalamalarının karşılaştırılması ve ilişkisiz grup “t” testi sonuçları (N=190)<sup>a</sup>

Kadın cinsel işlev ölçeği alt boyutları	Menstrüasyon (+) ORT±SS	Menopoz (+) ORT±SS	$\chi^2$	t <sup>b</sup>
İstek	3.47 ± 1.29	2.29 ± 1.12	<b>39.037*</b>	5.349*
Uyarılma	3.46 ± 1.45	1.99 ± 1.54	<b>54.704**</b>	5.112*
Kayganlaşma	3.96 ± 1.78	2.08 ± 2.11	<b>46.574**</b>	4.254*
Orgazm	3.81 ± 1.83	2.04 ± 2.10	<b>42.365*</b>	4.767*
Doyum	4.09 ± 1.70	2.45 ± 1.72	<b>56.306*</b>	5.132*
Ağrı	4.54 ± 2.03	2.51 ± 2.66	<b>35.418*</b>	3.932*
Tüm maddeler toplamı	23.32 ± 8.89	13.34 ± 10.67	Kadın cinsel işlev bozukluğu (Toplam ölçek puanına göre)	4.887*

\*:  $p < 0.001$ ; İstatistik olarak 0.001 düzeyinde anlamlı.

\*\* :  $p < 0.01$ ; İstatistik olarak 0.01 düzeyinde anlamlı.

<sup>a</sup> Veriler, ortalama (ORT) ve standart sapma (SS) olarak verildi.

<sup>b</sup> İlişkisiz grup “t” testi

**Tablo 6.** Cerrahi girişim türüne göre cinsel işlev alt boyut puan ortalamaları (N=190)

Cerrahi girişim türü kadın cinsel işlevleri	F
İstek	6.575*
Uyarılma	5.157*
Kayganlaşma	1.667
Orgazm	1.332
Doyum	1.035
Ağrı	2.910

One Way ANOVA testleri yapıldı.

\*:  $p < 0.01$ ; İstatistik olarak 0.01 düzeyinde anlamlı fark var.

sonuçlarına göre; Lumpektomi olanların ölçek alt boyut puanlarının MRM uygulanan gruptan daha yüksek olduğu, “ağrı” bozukluğunun MRM uygulanan grupta lumpektomili gruba göre daha fazla görüldüğü ve farkın istatistiksel olarak 0.05 anlamlılık ( $p=0.047$ ) düzeyinde olduğu görülmüştür.

Cerrahi girişimden sonra 19 ay ve üzerinde zaman geçmiş olanlarda “ağrı” bozukluğunun daha az (%36.7, n=29) görüldüğü ve aralarında istatistik olarak anlamlı ilişki ( $\chi^2=4.492$ ;  $p=0.024$ ) olduğu gözlenmiştir.

Cerrahi işlem sonrası kemoterapi, radyoterapi alan ve almayan kadınlarda cinsel işlev bozuklukları açısından anlamlı bir ilişki ( $p>0.05$ ) görülmedi. Ancak, cerrahi işlem sonrası hormon tedavisi alan meme kanserli kadınlarda ağrı bozukluğu daha fazla bulundu

ve almayanlara göre istatistik olarak anlamlı ( $\chi^2=4.682$ ;  $p=0.030$ ) ilişki olduğu görülmüştür.

Tedavi öncesi cinsel sorunu olmayanların tedavi sonrası cinsel yaşamlarının etkilenme durumu incelendiğinde; daha önce cinsel sorunu olmadığını ifade eden grupta *orgazm*, *doyum* ve *ağrı* bozukluklarının sayısının daha az olduğu; kadınların %46 (n=40)’sında “*orgazm*”, %42.5 (n=37)’inde “*doyum*” ve %43.7 (n=38)’sinde de “*ağrı*” bozukluğu görüldüğü ve aralarındaki ilişkinin anlamlı ( $\chi^2=12.663$ ,  $p=0.013$ ;  $\chi^2=10.487$ ,  $p=0.033$ ;  $\chi^2=10.508$ ,  $p=0.033$ ) düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

### Tartışma

Çalışmada, örnekleme oluşturan kadınların yaş ortalaması ve standart sapmasının  $50.66 \pm 9.98$ , %48.4’ünün de 50 yaş üzerinde olması meme kanseri görülme sıklığının yaşla birlikte artmasına (1,5,13-16,21,39) paralel bir bulgudur. Konuyla ilgili literatürdeki (9,25,40) meme kanserli kadınların demografik özellikleri çalışma bulgularıyla örtüşmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun menopoz döneminde olması, bir çok literatür bilgisi ile örtüşmektedir (1,5,14-16,21,41,42) Meyerowitz ve arkadaşları (1999) çalışmalarında, kadınların tanı ve tedavi sürecinde %57’sinin cinsel olarak aktif olduğunu ve %20’sinin menstrüasyonunun devam ettiğini (9), Broeckel ve arkadaşları (2000) ise, kadınların %74’ünün menopozda olduğunu (43) belirlemiştir.

Meme hastalığından önce kadınların geçirdiği abdominal, pelvik travmalar, histerektomi, ooferektomi gibi cerrahi girişimlerin cinsel işlev bozukluğuna neden olabildiği bilinmektedir. Bu kadınlarda pelvik cerrahi sonucunda, prematür menopoz semptomları,

genital bölgedeki epitelin hasarı, ülserasyon, darlıklar ve erojen dokuların kaybının olduğu, bunun da cinsel istekte azalma, vajinal kuruluk, orgazm güçlüğü, disparoni, post-koital kanama, feminitenin kaybı ve genital hassasiyetin kaybolmasına bağlı memnuniyetsizliğe açtığı belirtilmektedir (31,32,37,44-49). Pelvik cerrahi geçirme durumu ile kadın cinsel işlev bozukluğu açısından anlamlı bir fark görülmediğini bildiren Çayan'ın (2004) çalışma sonucu (37) bulgularımızı desteklemektedir.

Lim ve arkadaşları (2001), MRM'den sonra Singapur'lu kadınların rekonstrüksiyonu neden tercih etmediklerini araştırdıklarında, Singapur'lu kadınların batıdaki hemcinslerinden kültürel olarak çok farklı olduğunu, kadınsı formlarının korunmasından çok kanser tanısı ve takibeden tıbbi tedavilerin etkileri, nüks riski, psiko-sosyal sorunlar ve rekonstrüksiyon maliyetinin yüksek olması ile ilgili kaygılarının daha fazla olduğunu belirtmektedirler (50). Türk kadınlarının rekonstrüksiyona bakış açısının literatür ile benzer olduğu düşünülmektedir. Kroman ve arkadaşları (2004) çalışmalarında, MKT uygulanan genç kadınlarda lokal nüks oranının daha fazla olmasına karşın, iki cerrahi türünün uzun dönem sağkalım açısından benzer sonuçlar verdiğini rapor etmişlerdir (51). Yapılmış olan diğer çalışmalarda da medikal ve cerrahi tedavi oranları benzerlik göstermektedir (40,43,52) ve çalışmamızdaki kadınların çoğunluğuna (%72.1) MRM, sadece %3.7'sine MRM+rekonstrüksiyon uygulanmış olması sonucunu da desteklemektedir.

Meme kanserli kadınların yaklaşık olarak %30'unun tanıdan sonraki iki yılda cinsel ilişkilerinde doyumsuzluk yaşadıkları belirtilmektedir (53). Kadının yaşam kalitesini, eşyle ilişkisini ve cinselliğini olumsuz yönde etkileyen önemli faktörlerden biri olan kemoterapötik ajanların, yorgunluk, bulantı, kusma, tat almada değişiklikler, overler üzerine toksik etki, menstrüasyon düzensizlikleri, anksiyete, uykusuzluk, amenore, vajinal kuruluk, sıcak basmaları, depresif semptomlar gibi bir çok yan etkiye sahip olduğu bilinmektedir (8,9,26,27,43,54,55) .

Çalışmamızdaki kadınların çoğunluğu kemoterapinin olumsuz etkilerinden yakınmışlardır. Bu görüşü destekleyen Barni ve Mondin (1997)'in çalışmasında, cerrahi tedavi öncesi kadınların %36'sında cinsel sorunların olduğu, tedaviler sonrasında da çoğunun kemoterapiden sonra cinsel işlev bozukluklarının başladığı belirlenmiştir (56).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara benzer şekilde, yaş ve cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırıldığı çalışmalarda yaşlı bayanlarda gençlere göre anlamlı derecede fazla oranda cinsel sorun olduğu belirlenmiştir (37,57,58). Yaşlı meme kanserli hastaların cinsel yaşamının da göz ardı edilmemesi, yaşlının cinselliği ile ilgili mitlerin ve tabuların yıkılması, cinsellikle ilgili iletişim kurarken, hastanın ilerleyen yaşının fiziksel değişimlerinin ve dejeneratif hastalıklarının farkında olmanın önemi açıktır (59,60). Bu nedenle yaşlı meme kanserli kadınların da cinsellikle ilgili eğitime, tıbbi ve psikolojik desteğe gereksinimi olduğu unutulmamalıdır (53,60).

Kadın cinsel işlev bozukluğu %38-%63 gibi oldukça yüksek oranda görülmektedir (61). Son yapılan çalışmalardan birinde, kadınlarda erkeklere göre, cinsel işlev bozukluklarından herhangi birine daha fazla rastlandığı saptanmıştır (62). Çayan ve arkadaşları (2004), eğitim seviyesinin düşük oluşu, işsizlik durumu, çok sayıda doğum, kronik hastalık varlığı, menoz gibi faktörlerin cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını artırdığını belirlemişlerdir (37). Eğitim düzeyi yüksek olanların sağlık algılarının daha iyi olduğu göz önüne alındığında çalışma bulguları, literatür bulgularıyla (25,37,57) örtüşmektedir.

Menstrüasyonu devam eden kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının daha az görüldüğü belirtilmektedir (37,46,49,58). Menopozal ve postmenopozal kadın, sıklıkla menopoza bağlı fizyopatolojik değişiklikler yüzünden cinsel istekte azalma, yetersiz veya geç uyarılma, orgazma ulaşmada güçlük, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, disparoni, cinsel ilişki sıklığında azalma ve cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans yaşayabilir. Yapılan çalışmalarda, menopozun bir kaç yılı içinde cinsel ilgi ve ilişki sıklığında %40'dan fazla azalma olduğu, cinsel işlev bozukluklarının daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (63-65). Güvel ve arkadaşları (2003) sağlıklı evli kadınlarda, düzenli menstrüasyonu olanların diğer kadınlara göre, KCIÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu vurgulamışlardır (29). Buna göre, menopozdaki kadınlarda cinsel işlevin tüm alanlarında menstrüasyonu devam edenlere göre anlamlı fark olmasını literatür bilgilerinin de desteklediği görülmektedir.

Meme kanserli kadınlarda hormon replasman tedavisinin olumsuz etkileri bilindiğinden (22,42,66,67) çalışmadaki kadınların hiçbirisi meme kanseri tedavisinden sonra ERT kullanmamaktadır.

Çalışmada lumpektomili kadınların istek ve uyarılma alanlarında anlamlı derecede yüksek puan almaları literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir. Bu bağlamda, lumpektomi ve mastektomili kadınlar karşılaştırıldığında; lumpektominin, kadınlık ve çekicilik duygularında daha az azalmaya neden olduğu (68), MRM'li ve rekonstrüksiyonlu kadınlara göre memenin şekli, duyu hissi ve hatları daha üstün olduğundan, memenin okşanmasından, öpülmesinden daha fazla zevk aldıkları (26,33,69) belirtilmektedir.

Rekonstrüktif cerrahi geçiren kadınlarda, rekonstrüktif memedeki hissizliğin, cinsel olarak sıkıntı ve hayal kırıklığına neden olduğu saptanmıştır (70). Bu görüşü destekleyen bir çalışmada, MRM+acil rekonstrüksiyon uygulanan kadınlarda cinsel aktivite oranının, sadece MRM veya MKT uygulanan kadınlardan daha düşük olduğu ve daha az uyarılabilirdikleri belirtilmiştir (26). Rekonstrüksiyon yapılan memede hissizlik, meme başı yokluğu, daha sert ve asimetric olması, mamografide güçlük, kanıtlanmamış olsa da kanser olasılığı gibi durumlar da psikolojik sorunlara yol açarak kadının cinselliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (33,50,71). Ganz (1997), MKT'de kadınların beden imajı açısından kendini daha iyi hissetmelerine karşın, cerrahi türünün tanıdan sonra kadınların iyileşmeleri ve cinsel işlevlerine etkisinin olmadığını, meme kanser-

ri ve tedavisinin cinsellik üzerine uzun vadede etkilerinin mümkün olduğunu ve bu konuda daha fazla incelemenin yararlı olacağını vurgulamıştır (72). Dolayısıyla dış görünüm olarak kadının kendini iyi hissetmesi cinsel yaşamının da bundan olumlu etkileneceği anlamına gelmemektedir.

Kemoterapi uygulanan meme kanserli kadınlarda, uygulanmayanlara göre daha fazla fiziksel sorun ve cinsel işlev bozukluğu olduğu, over yetmezliğine bağlı semptomların kadının yaşam kalitesini ve eşyle cinsel ilişkisini olumsuz yönde etkilediği (8,30,73-77) bilinmekte ve çalışmamızın bulgularında da belirtilmektedir. Avis (2003) bu çerçevede yapmış olduğu çalışmada, kadınları en çok rahatsız eden semptomlar arasında; mutsuz görünüm, genel ağrı ve acı hissi, menopoza ilişkin sıcak basmaları, vajinal kuruluk, cinsel ilişki sırasında ağrı, cinselliğe ilgi duymama ve kilo alma olarak belirlemiştir (20). Bir diğer araştırmada Meyerowitz ve arkadaşları (1999) meme kanserli hastalar ile yaş kontrollü sağlıklı kadınları karşılaştırdıklarında, tanı ve tedavilerin cinsellik üzerine etkilerini, cinsel işlev ve doyum seviyelerini benzer bulduklarını, ancak meme kanserli kadınların yaklaşık üçte birinin cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini, eşleriyle ilişkilerinde sorun ve kayganlaşma bozukluğu yaşadıklarını rapor etmişlerdir (9). Young-McCaughan (1996), kemoterapi alanlarda kemoterapi almayanlara kıyasla 6.5 kez daha fazla duygulanım ve kilo değişikliği, 3.6 kez daha fazla sıcak basması şikayeti, 5.7 kez daha fazla vajinal kuruluk, 3 kez daha fazla libidoda azalma, 5.5 kez daha fazla disparoni, 7.1 kez daha fazla orgazma ulaşmada güçlükler olduğunu bildirmiştir (78).

Meme kanserli kadınların emosyonel durumları iyi olanlar ile kötü olanlar karşılaştırıldığında, emosyonel durumu iyi olanların ailesinden, arkadaşlarından ve sağlık uzmanlarından yeterli destek aldığı anlaşılmıştır (75). Kadmon ve arkadaşları (2004), meme kanserli kadınların, meme kanseri, tedavileri ve emosyonel stresle başa çıkmalarında eşlerinin rolünün çok büyük olduğunu vurgulamaktadır (79). Eşinden yeterli destek alan kadınların, kanser deneyimi nedeniyle eşi ile ilişkilerini daha da güçlendirdikleri, buna karşın kanser tanısından önce de gerilimli ilişkisi olanların, kanser tanısı sonrası ilişkilerinin daha kötüye gittiği, ancak tek başına kanserin ayrılık nedeni olmadığı görülmektedir (80). Davis ve arkadaşları

(2005), Avustralya'daki erken evre meme kanserli kadınların destek gereksinimlerini inceledikleri çalışmada, kadınların %16'sı ne tanı ne de tedaviler sırasında aile ve sağlık profesyonellerinden hiç destek almadığını, %65'i ailesinden destek aldığını, çok az kadın ise sağlık uzmanlarından destek aldığını ifade etmişlerdir (81).

Genel bir değerlendirme yapacak olursak; kadınlarda ileri yaş, kadının ve eşinin düşük eğitim düzeyi, çalışmama durumu, kırsal kesimde yaşama, menopozda olma durumunun kadında cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını artırdığı saptanmıştır. Lumpetominin MRM'ye göre cinsel işlev bozukluklarının bazı boyutlarında daha avantajlı olduğu belirlenmiştir. Cerrahi girişim sonrası tıbbi tedavi alan ve almayanlar arasında cinsel işlev bozuklukları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Kadınların yarısından fazlası meme kanseri öncesi cinsel sorunu olduğunu, meme kanseri tedavilerinden sonra cinsel sorununun başladığını ifade edenlerin de yaklaşık yarısı kemoterapinin olumsuz etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların yaklaşık olarak yarısında, meme kanseri ve tedavilerin hem eşyle ilişkisini, hem de cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilediği ve KCIÖ ile yapılan ölçüm sonucunda çalışma kapsamındaki kadınların yarısından fazlasında cinsel işlev bozukluğu olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak: Meme kanseri ve tedavilerinin kadının cinsel yaşamına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen tüm bulgular, meme kanseri ve tedavilerinin kadının cinsel yaşamını, eşi ile ilişkilerini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Kadınların/eşlerinin tedaviye uyumunda ve cinsel yaşamları konusunda yanlış inanç ve bilgilensmelerini değiştirmek, kaygılarını gidermek, yaşam kalitelerini artırmak amacıyla sağlık uzmanlarının yardımına gereksinimleri olduğu düşünülmektedir. Sağlık uzmanlarının hastaların normal cinsel fonksiyonunu geçici ya da kalıcı etkileyebilen hastalıkları bilmesinin, uygun iletişim tekniklerini kullanarak hastalarla cinsel yaşamı konusunda konuşmasının, uygun eğitimi vermesinin ve özel tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirmesinin önemi açıktır.

TEŞEKKÜR: İngilizce yönünden değerlendiren Tamer Emek ve İstatistik uzmanı Yrd. Doç. Dr. Nihal Sütütemiz'e teşekkür ederiz

#### Kaynaklar

1. Aydın A, Dinçer M, Topuz E. Meme kanseri. Topuz E, Aydın A, Karadeniz AN, editörler. Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000. p.70-81.
2. Chamorro T. Kanser ve cinsel yaşam. Akdemir N, çeviren, Platin N, çeviri editörü. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. İkinci Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı Yayını; 1998. p.165-193.
3. Çakmakçı M. Meme kanserinin erken tanısında hedeflenen sonuçlara ulaşılmıyor. Literatür 2001;8(93):4.
4. Eti Aslan F, Gürkan A, Şelimen D, İşsever H. İstanbul'da kadınların meme tarama programlarına katılımı. Çağdaş Cerrahi Dergisi 2002;16(2): 86-96.
5. Hutson SP. Attitudes and psychological impact of genetic testing, genetic counseling, and breast cancer risk assessment among women at increased risk. Oncology Nursing Forum 2003;30(2):241-246.

6. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları Hemşireliği. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2001. p. 1,37-66.
7. Kirsch SED, Brandt PA, Lewis FM. Making the most of the moment when a child's mother has breast cancer. Cancer Nursing 2003;26(1):47-54.
8. Knobf MT. Carrying on the experience of premature menopause in women with early stage breast cancer. Nursing Research 2002;51(1):9-16.
9. Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Wyatt GE, Ganz PA. Sexuality following breast cancer. Journal of Sex & Marital Therapy 1999;25:237-250.
10. Dayanır YÖ, Özdemir A. Meme değerlendirmelerinde fizik muayene, ultrasonografi ve mammografi bulgularının karşılaştırılması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2000;1(2):9-12.
11. Jemal A, Tiwari RC, Murray T, Ghafoor A, Samuels A, Ward E, Fever EJ, Thun MJ. Cancer statistics, 2004. C.A.-A. Cancer Journal for Clinicians 2004;54:8-29.



12. Kieren DK, Nabholtz J, Makar K, Cumming CM, Cumming DC. Sexuality, body image and quality of life high dose or conventional chemotherapy for metastatic breast cancer. *Canadian Journal of Human Sexuality* 1997;6(1):1.
13. Angela S. Quality of life among older survivors of breast cancer. *Cancer Nursing* 2003;26(6):431-438.
14. Doğan M. Meme kanserinde farklı tedavi tekniklerinin psikososyal etkileri: mastektomiye karşı meme koruyucu tedavi. *Türk Psikoloji Bülteni* 2000;16-17:84-89.
15. Onuk E, Bayram O. Meme kanseri. Başaklar AC, editör. *Kanser Temel Bilgiler Korunma Tanı Tedavi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1998. p. 99-109.
16. Sherman CD, Hossfeld DK. Meme kanseri. Berk Ö, çeviren, Fırat D, Sarılioğlu F, Kars A, çeviri editörleri. *Klinik Onkoloji*. Beşinci Baskı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını; 1992. p. 236-252.
17. Yeni E, Ünal D, Verit A, Coşkun A, Karataş ÖF, Ünal EK. Meme kanserli kadınlarda cinsel fonksiyonlar sorgulanmalı mı?. *Türk Üroloji Dergisi* 2003; 29(2):175-179.
18. Ganz PA. Breast cancer 2002: Where do we stand? *C.A. Cancer Journal for Clinicians* 2002;52(5):253-255.
19. Meme Kanseri Tanısı. *Sendrom II Ağustos* 2002;1-6.
20. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology* 2004;13(5):295-308.
21. Kattlove H, Winn RJ. Ongoing care of patients after primary treatment for their cancer. *C.A. Cancer Journal for Clinicians* 2003;53:172-196.
22. Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control* 2001;8(5):442-448.
23. Sunga AY, Eberl MM, Oeffinger KC, Hudson MM, Mahoney MC. Care of cancer survivors. *American Family Physician* 2005;71(4):699-705.
24. Saip P. Meme kanserinde insidans, risk faktörleri, korunma ve tanı. *Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu-1*, İstanbul: 2003. p. 11-13.
25. Uzun Ö, Eti Aslan F, Şelimen D, Koç M. Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship* 2004;36(3):207-213.
26. Fleming MP, Kleinbart E. Breast cancer and sexuality. *Journal of Sex Education and Therapy* 2001;26(3):215-224.
27. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 9th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1253-1293.
28. Ünal H. Meme kanserinin cerrahi tedavisi. Serdengeçti S, Demir G, editörler. *Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi No:37*. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık Kaya Basım; 2003. p. 169-177.
29. Güvel S. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları epidemiyolojisi. *Avicena Dergisi* 2002;1(10):36-38.
30. Ortaylı N. Jinekolojik sorunlardan etkilenen cinsel işlev bozuklukları. Yetkin N, İncesu C, editörler. *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş.; 2001. p. 65-74.
31. Alıcı B. Değerlendirme ve tanı. Kadioğlu A., Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, editörler. *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*, İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını; 2004. p. 630-633.
32. İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında sınıflama, terminoloji ve kullanılan temel ölçekler. Yetkin N, İncesu C, editörler. *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. Yayını; 2001. p.16.
33. Henson HK. Breast cancer and sexuality. *Sexuality and Disability* 2002; 20(4):261-274.
34. Gallo-Silver L. The sexual rehabilitation of persons with cancer. *Cancer Practice* 2000;8(1):10-15.
35. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. Ankara: Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası; 1997; p.569-581.
36. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26:191-208.
37. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis* 2004;72(1):52-57.
38. Nakip M. Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş.; 2003. p.122-125, 406-417.
39. Tsao AS, Kim ES, Hong WK. Chemoprevention of cancer. *C.A. Cancer Journal for Clinicians* 2004;54:150-180.
40. Thulesius HO, Lindgren AC, Olsson HL, Hakansson A. Diagnosis and prognosis of breast and ovarian cancer. *Acta Oncologica*, 2004;43(2):175-181.
41. Şahin NH. Bir Kilometre Taşı: Menopoz. İstanbul: İ.Ü. Florence Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları; Yayın No:2, 1998. p.11-30.
42. Moraloğlu Ö. Menopoz. *Actual Medicine* 2003;11(7):35-43.
43. Broeckel JA, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2000; 62: 141-150.
44. Monga U. Sexual functioning in cancer patient. *Sexuality and Disability* 2002; 20(4): 277-295.
45. Kaplan HI, Sadock BJ. *Klinik Psikiyatri*. Abay E, çeviri editörü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2004. p. 243-265.
46. Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J. Urol.* 2002;20:111-118.
47. Önem K, Ahmedov İ, Kadioğlu A. Kadın cinsel fonksiyon disfonksiyonunun patofizyolojisi. Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, editörler. *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*. İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını; 2004. p. 620-627.
48. Soylu A. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda tanı. *Androloji Bülteni* 2003;13:21-23.
49. Yeni E. Kadında genital anatomi ve seksüel fizyoloji. *Androloji Bülteni* 2003;13:33-35.
50. Lim J, Low SC, Hoe M. Breast reconstruction after mastectomy: a survey of general surgeons in Singapore. *A.N.Z. J. Surg.* 2001;71:207-211.
51. Kroman N, Holtveg H, Wohlfahrt H, Jensen M, Mouridsen HT, Blichert-Toft M, Melbye M. Effect of breast-conserving therapy versus radical mastectomy on prognosis for young women with breast carcinoma. *CANCER* 2004;100(4):688-692.
52. Lackey NR, Gates MF, Brown G. African American women's experiences with the initial discovery, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2001;28(3):519-526.
53. Harwood KV, O'Connor AP. Sexuality and breast cancer: Overview of issues. *Innovations in Oncology Nursing* 1994;10:23.
54. Williams SA, Schreier AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2004;31(1):43.
55. Wilmoth MC, Sanders LD. Accept me for myself: African American women's issues after breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2001;28(5):875-879.
56. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology* 1997;8:1-5.

57. Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JA. Prevalence of female sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women, results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int. J. Impot. Res. Abst.* 2004;16(2):160-166.
58. Dunn KM, Jordan K, Croft PR, Assendelft WJJ. Systematic review of sexual problems: Epidemiology and methodology. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2002;28:399-422.
59. Hordern A. Intimacy and sexuality for the women with breast cancer. *Cancer Nursing* 2000;23(3):230-236.
60. Woods NF, Kautz DD. *Sexuality in Health and Illness*. Ed: Long BC, Phipps WJ, Cassmeyer VL, Medical Surgical Nursing A Nursing Process Approach. 3th Edition, St. Louis: Mosby, 1993. p. 1099-1118.
61. Geiss IM, Umek WH, Dungal A, Sam C, Riss P, Hanzal E. Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification, *Adult Urology* 2003;62(3):514-518.
62. Earle D. Female dysfunction called complex, individual problem. *Urology Times* April 2003;1:37-38.
63. Yeni E. Menopoz ve cinsellik. Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, editörler. *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*. İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını; 2004. p. 652-658.
64. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology Abst.* 1998;16(2):501-514.
65. Nappi RE, Abbiati I, Luisi S, Ferdeghini F, Polatti F, Genezzani AR. Serum allopregnanolone levels relate to FSFI score during the menstrual cycle. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003;29 (s):95-102.
66. Chen WY, Colditz GA, Rosner B, Hankinson SE, Hunter DJ, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC, Speizer FE. Use of postmenopausal hormones, alcohol, and risk for invasive breast cancer. *Ann. Intern. Med.* 2002;137:798-804.
67. Pritchard KI. The role of hormone replacement therapy in women with a previous diagnosis of breast cancer and a review of possible alternatives. *Annals of Oncology* 2001;12:301-310.
68. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of The National Cancer Institute* 2000;92(17):1422-1429.
69. Kaplan M, Salman B, Atabek NM, Yusufzade K, Onuk E. Evre I ve evre II meme kanserli hastalarda mastektomi mi, meme koruyucu cerrahi mi?. *Genel Tip Derg.* 2002;12(3):113-119.
70. Wilmoth MC, Ross JA. Women's perception. *Breast cancer treatment and sexuality. Cancer Practice Abst.* 1997;5(6):353-359.
71. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. Volume 2, Sixth Edition, USA: William&Wilkins, 1995. p.1688-1689.*
72. Ganz PA. Sexual functioning after breast cancer: A conceptual framework for future studies. *Annals of Oncology* 1997;8:105-107.
73. Stead ML. Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology Abst.* 2003;15(1): 57-61.
74. Bruner DW, Boyd CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy: Checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nurs.* 1999 Dec; 22(6):438-447.
75. Rabinowitz B. Understanding and intervening in breast cancer's emotional and sexual side effect. *Current Women's Health Reports* 2002;2:140-147.
76. Shell JA. Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: Sexual dysfunction. *Oncology Nursing Forum* 2002;29(1):53-69.
77. Wilmoth MC, Coleman EA, Smith SC, Davis C. Fatigue, weight gain, and altered sexuality in patient with breast cancer: Exploration of a symptom cluster. *Oncology Nursing Forum* 2004;31(6):1069-1075.
78. Young-McCaughan S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nursing Abst.* 1996;19(4):308-319.
79. Kadmon I, Woloski-Wruble A, Yongqin J, Wan-Min Q, DeKeyser F. Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: A comparative study. *European Journal of Oncology Nursing* 2004;8:131-137.
80. Ganz PA. Advocating for the woman with breast cancer. *C.A.- A Cancer Journal for Clinicians* 1995;45:114-126.
81. Davis C, Williams P, Parle M, Redman S, Turner J. Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia. *Cancer Nursing* 2004;27(2):169-174.

---

#### İletişim

Dilek Aygün  
Tel : +90 (264) 295 66 11  
Faks : +90 (264) 295 66 02  
E-Posta : daygin@sakarya.edu.tr