



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ HASTALARINDA EŞLER ARASI UYUM VE SOSYAL
DESTEK DÜZEYİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE, BENLİK SAYGISI VE
CİNSELLİK ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Kübra DURAN

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2018



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ HASTALARINDA EŞLER ARASI UYUM VE SOSYAL
DESTEK DÜZEYİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE, BENLİK SAYGISI VE
CİNSELLİK ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Kübra DURAN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Aslı SARANDÖL

BURSA - 2018

İÇİNDEKİLER

Özet	ii
İngilizce Özet	iii
Giriş	1
I.Meme Kanseri	1
II.Meme Kanseri ve Ruhsal Süreçler	2
III.Meme Kanseri ve Sosyal Desteğin Önemi	5
IV.Meme Kanseri ve Cinsellik	6
Gereç ve Yöntem	9
I.Yöntem	9
II.Çalışmaya Alma Ölçütleri	9
III.Çalışmadan Dışlama Ölçütleri	9
IV.Uygulanan Form ve Ölçekler	10
V.İstatistiksel Analiz	13
Bulgular	14
Tartışma	22
Sonuç	28
Kaynaklar	29
Ekler	37
Teşekkür	47
Özgeçmiş	48

ÖZET

Meme kanseri, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Meme kanseri hastalarında hastalık sürecinde çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal sorunlar gelişmektedir. Meme kanseri tanı ve tedavisi sırasında hastaların eşlerinden ve ailelerinden aldıkları sosyal destek ortaya çıkabilecek ruhsal sorunları büyük ölçüde azaltmaktadır. Bu çalışmada meme kanserli hastalarda eşler arasındaki uyum ve algılanan sosyal desteğin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsellik üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlandı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran 50 meme kanseri hastası çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan tüm hastalar, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Hastaların eşler arası uyum ve sosyal destek düzeyleri arttıkça Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu izlendi. Eşler arası uyum düzeyi ve sosyal destek düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Sosyodemografik özellikler ve hastalıkla ilgili değişkenler ile bakılan ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Meme kanseri tanısı bulunan hastaların hastalıkla başetmelerinde ve psikososyal açıdan uyum sağlamalarında eşlerden ve aileden gelen sosyal destek önemli bir etmendir. Hastaların yaşadığı ruhsal sorunların azaltılmasında eşlerin ve ailelerin de katıldığı psikoeğitim ve psikososyal destek programlarının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, depresyon, cinsellik, sosyal destek, eş desteği.

SUMMARY

Investigate The Effects of Marital Adjustment and Perceived Social Support on Depression, Anxiety, Self-Esteem and Sexuality in Patients with Breast Cancer.

Breast cancer is the most common type of cancer in women in developed and developing countries and it is the most common cause of cancer related deaths in women. In breast cancer patients, it has developed various emotional, psychological and behavioral problems in the disease process. Social support from patient's partners and their families during breast cancer treatment and diagnosis has greatly reduced psychiatric problems. In this examination, we aimed to investigate the effects of marital adjustment and perceived social support on depression, anxiety, self-esteem and sexuality in patients with breast cancer. 50 breast cancer patients who applied to Uludag University Medical Faculty Mental Health Department and Department of Radiation Oncology were included to the study. The Beck Depression Scale, the Beck Anxiety Scale, the Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale-Woman Form, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Multidimensional Perceived Social Support Scale was assessed with the Couple Adjustment Scale. As the level of couple adjustment and social support of patients increased, it was observed that there was a statistically significant decrease in Beck Depression, Beck Anxiety and Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale scores. No statistically significant correlation was found between ..the levels of couple adjustment and social support with self-esteem. No significant relationship was found between sociodemographic characteristics and disease-related variables and scale scores. Social support from partnes and family members is an important factor in patients with breast cancer diagnoses and psychosocial disorders. It is thought that psychoeducation and psychosocial support programs that spouses and their families participate in reducing psychiatric problems experienced by patients can be beneficial.

Key words: Breast cancer, depression, sexuality, social support, spouse support.

GİRİŞ

I. Meme Kanseri

Meme kanseri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Kadınlardaki toplam kanser vakalarının %25'ini ve kanserden ölümlerin %15'ini oluşturmaktadır (1,2). Kanser Kontrol Dairesi Başkanlığı'na ait 2009 istatistiklerine göre meme kanseri ülkemizde yüz binde 40,6 oranında görülmektedir. Coğrafi bölgelere göre insidansı ve prognozu değişmekle birlikte her yıl meme kanseri görülme oranının %1,5 dolayında arttığı bildirilmektedir (3). Hayat boyu meme kanserinden ölüm riski ise %3,4 olup, 40-55 yaş arası kadınlarda en önemli ölüm nedenidir (4,5).

Meme kanseri etiyolojisinde östrojene uzun süre maruz kalmak, yaş, hormon tedavisi alma, aile öyküsü, diyet ve çevresel etmenler, genetik yatkınlık, benign meme hastalıkları ve spontan mutasyonlar yer almaktadır (6-10). Hastaların %25'inde ise genetik etmenler sorumlu tutulmaktadır (11). Çalışmalar, alkol tüketiminin miktarı ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir (12). Sigara ile meme kanseri arasındaki ilişki ise çelişkilidir. Çalışmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmekle birlikte, eşlik eden bazı diğer etmenlerin riski artırdığı düşünülmektedir (13-15).

Meme kanseri olan hastaların yaklaşık olarak %70'inde ilk bulgu kitledir. Diğer bulgular ise meme başında akıntı, meme başında içe doğru çekilme, çökme veya şekil bozukluğu, meme derisinde değişiklikler, meme cildinde yara veya kızarıklık, ödem, şişlik ve içe doğru çekilmeler olması, memede büyüme, şekil bozukluğu veya asimetri ya da renginde değişiklik olmasıdır (16).

Meme kanserinde tanı anındaki evre; ölüm riski, sağkalım ve uygulanacak tedaviyi belirlemede en önemli etmendir. İlerleyici bir hastalık olduğu için erken dönem tanıda yaşam beklentisi yüksektir. Elle hissedilir olmadan önce tanısının konulması hayati önem taşımaktadır. Mammografi ve

elle muayene gibi tarama yöntemleriyle meme kanseri tanılarının %63,7'si erken dönemde konulabilmektedir. Erken tanı ve tedavi yöntemleriyle gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı alan hastalarda 5 yıllık sağkalım yaklaşık %90-95 oranlarına kadar çıkabilmektedir. Meme kanserinin tedavi yöntemleri ise cerrahi, hormon tedavisi, kemoterapi ve radyoterapidir. Cerrahi uygulamalarda genellikle modifiye radikal mastektomi veya meme koruyucu cerrahiler en sık tercih edilen ameliyatlardır (2,17).

II. Meme Kanserinde Ruhsal Süreçler

Kanser, hastanın psikolojik dengesinde bozulmaya neden olan ve psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu bir hastalıktır. Kansere verilen tepkiler kişiye, hastalığın tipine, evresine ve psikososyal çevreye göre değişebilmektedir. Kanser hastalarında tanı ve tedavi sonrasında çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal sorunlar gelişmektedir. Kansere yakalanmaya verilen olağan tepkilerin bir çeşit yas süreci olduğu; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme biçiminde sıralanan yas süreci aşamalarını taşıdığı söylenmektedir (18). Kanser hastalarındaki psikiyatrik bozukluklar uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, organik beyin sendromları ve kemoterapötik ilaçların nöropsikiyatrik yan etkileri şeklinde ortaya çıkmaktadır (19). Derogatis ve ark.'nın (20) kanser hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada hastaların %47'sinde tanı konulacak düzeyde ruhsal bozukluk bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre ruhsal bozuklukların görülme oranı %68 uyum bozuklukları, %13 major depresif bozukluk, %8 organik ruhsal bozukluklar, %7 kişilik ve davranışsal bozuklukları ve %4 anksiyete bozukluğu şeklindedir.

Kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri ise kadınlar tarafından hem yaşamın hem de kadınlığın tehdit altında algılandığı bir hastalıktır. Memeler kadınlarda dişliliği ve cinselliği sembolize etmektedir ve bu nedenle meme kanseri kadının ruhsal durumunu diğer kanser türlerine göre daha çok etkilemektedir. Meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının

azalması, beden algısının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu bilinmektedir. Meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda depresyon yaygınlığının %10 ile 25 arasında olduğu, ortaya çıkan ruhsal sorunların en çok uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar şeklinde olduğu bildirilmiştir (21-23). Ruhsal sorunların kanser hastalarında tedavi uyumunu etkilediği ve ölüm riskini artırabildiği bilinmektedir (24).

Jaesung ve ark.'nın (25) bir yıl önce tanı almış meme kanserli hastalarda yaptıkları bir çalışmada ruhsal bozuklukların en fazla ilk bir ay içinde ortaya çıktığı, %38,6 oranında depresyon ve %32,5 oranında anksiyete belirtilerinin görüldüğü, genç yaş grubunda depresif belirtiler daha sık görülürken ileri yaş grubunda anksiyete belirtilerinin ön planda olduğu bildirilmiştir. Meme kanserli hastalarda kanserle ilgili konuların konuşulmaması, travmayla ilgili duygu ve düşüncelerden kaçınılması ve destekleyici bir ortamın bulunmaması depresif belirtilerin ortaya çıkma riskini artırmaktadır (18,21).

Meme kanseri hastalarında genç yaş, düşük geliri olmak, düşük eğitim düzeyi, partnerinde depresif belirtilerin bulunması, geçmişte ruhsal bozukluk öyküsü ve stresli yaşam olayları gibi etmenlerin depresyon gelişiminde önemli olduğu bilinmektedir (26). Ayrıca hormon tedavisi, radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri ile menopoz, ağrı ve uykusuzluk gibi durumlar depresyona yol açabilmektedir (27). Sigara, alkol kullanımı veya egzersizin rolleri ile ilgili anlamlı farklar bulunamamıştır (28). Meme kanserli hastalarda aile desteği ve psikososyal desteğin ruhsal bozukluklar açısından koruyucu olduğu, hastalığa uyum sürecine ve hastalıkla başetmeye yardımcı olduğu bilinmektedir. Maly ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, aile desteğinin daha fazla olduğu hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha az görüldüğü bildirilmiştir (29). Konuyla ilgili benzer çalışmalarda eşlerden gelen destek ve empatinin meme kanseri sağaltım sürecinde düşük düzeyde depresif belirtiler ile ilişkili olduğu, daha iyi aile desteğinin depresyon riskini azalttığı bildirilmiştir (30,31).

Meme kanserli hastalarda kanser cerrahisi hem alttaki hastalıkla hem de cerrahi girişimle ilgili sorunların ortaya çıkmasına ve beden algısında bozulmaya neden olmaktadır. Beden algısı, bireyin kendine ve bedenine ait tüm duyuların zihindeki tablosu olarak tanımlanır ve bireyin bedeni ile ilgili duygu, düşünce ve algılarını içermektedir. Bu nedenle vücut bölümlerinin yapısındaki veya işlevindeki bozukluklar beden algısında değişikliğe neden olmaktadır. Cerrahi tedavi sonucu yapılan mastektomi ile yaşanan meme kaybı ise kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden algısında ve benlik saygısında bozulmaya yol açarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Kanserli bir kadının memesini kaybetmeye karşı göstereceği tepkinin şiddetini daha çok içinde yaşadığı toplumun değerleri ve memenin benlik tasarımındaki önemi belirlemektedir. Mastektominin yaptığı değişikliğin yanında meme kanseri tedavisinin yan etkileri olan saç dökülmesi, kilo alma ya da verme de hastanın beden algısını etkileyebilmektedir (32,33).

Yılmaz ve ark.'nın (32) total mastektomi ve meme koruyucu tedavinin etkilerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, total mastektominin kadınların beden algısı üzerinde daha fazla olumsuz etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Özellikle genç yaşta hastaların memenin kaybindan daha fazla etkilendiği daha fazla ruhsal ve cinsel sorunlar yaşadığı bilinmektedir (34). Sertöz ve ark.'nın (35) ortalama 1,5 yıllık meme kanseri tanısı olan 125 kadın üzerinde yaptıkları araştırmalarında, total mastektominin beden algısını bozduğu ve cinsel problemlere neden olduğu bildirilmiştir. Total mastektomi ile meme koruyucu cerrahi veya meme rekonstrüksiyonunun karşılaştırıldığı birçok çalışmada mastektomi yapılan kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha olumsuz beden algısına sahip oldukları ve cinsellikle ilgili daha fazla sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Araştırmacılar ileri evre meme kanseri hastalarının erken evre meme kanseri hastalarına göre beden algısı ile daha fazla sorun yaşadıklarını bildirmiştir (36-39).

Meme kanseri nedeniyle kadınların bedenlerinde meydana gelen değişiklikler benlik saygısı ve eş uyumu ile ilgili sorunlara neden olabilmektedir. Bu hastalarda olumsuz bir beden algısı sıklıkla cinsel yaşamla ilgili güçlüklerle

de yol açmaktadır. Bu güçlükler genellikle erken menopoz sonrasında oluşan sıcak basması, vajinal kuruluk, atrofik vajinit ve azalmış libidoyu içermektedir. Meme kanseri teşhisinden sonra cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı 2,5 kat artmaktadır (40,41). Meme kanserli hastalarda evlilik doyumunun daha iyi olması ve eşlerden gelen duygusal destek cinsellik ve beden algısı ile ilgili sorunları azaltmaktadır. Yapılan çalışmalarda meme kanseri tedavisi gören hastaların eşlerinin yüksek duygusal desteğinin cinsel yaşamla ilgili güçlükleri azalttığı ve pozitif bir eş ilişkisine sahip olan hastaların beden algısı ile ilgili daha az sorun yaşadıkları bildirilmiştir (42,43).

III. Meme Kanserinde Sosyal Desteğin Önemi

Meme kanserli kadınlarda sosyal destek iyileşme süreci ve kanserle başa çıkmak için oldukça güçlü bir kaynaktır. Hastaların eşlerinden ve ailelerinden algıladıkları sosyal destek kadınların kansere ilişkin psikolojik sıkıntılarını azaltmaktadır. Çoğu araştırma meme kanserli kadınların en önemli sosyal destek kaynağı olarak eşlerini veya birlikte yaşadıkları kişileri tanımladıklarını göstermiştir. Yapılan çalışmalarda meme cerrahisinden sonra eşlerin duygusal katılımları ve kanserle ilgili zor duygular hakkında iletişim kurma isteklerinin hastaların kanserle başetmesini kolaylaştırdığı bildirilmiştir (44,45). Meme kanserli kadınlar, eşlerinin meme kanseri ile ilgili yaşadıkları deneyimlerini tartışmaktan kaçındıklarında memnuniyetsizlik ve sıkıntı bildirmektedir. Hastalar meme kanserine uyum sürecinde derin umutsuzluk duyguları yaşayabilmektedir. Bu dönemde sağlanan sosyal destek bu açıdan önemlidir ve uyum sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmalar meme kanseri olan kadınların çalışma ortamlarında hastalıklarına daha az odaklandıklarını ve sosyal çevrelerinde ihtiyaç duydukları desteği çalışma ortamında bulabildiklerini göstermiştir (46). Hastaların arkadaşları tarafından sağlanan sosyal desteğin hastaların genel sağlık durumunu olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Sosyal destek grubu genelde aile üyeleri, akrabalar, arkadaşlar ve sağlık ekibinden oluşmaktadır. Meme kanserli hastalarda sosyal destek depresyon ve uyum sürecinde yaşanan psikolojik sorunların

azaltılmasında oldukça önemli bir kaynaktır ve hastaların stresle başetmesine yardımcı olmaktadır (47-49).

IV. Meme Kanseri ve Cinsellik

Cinselliği doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunları cinsel işlevi bozmakta ve dolayısıyla bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Cinselliğin sürdürülmesi sağlıklı kişilerde olduğu gibi meme kanserli hastalarda da önemli bir işlevdir. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde mastektomi uygulandığı için diğer kanser türlerinden daha fazla cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir (50). Cinsel işlev bozukluğu birçok kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve erkeklerdeki cinsel işlev bozukluğundan daha sık görülmektedir. Kadın cinsel işlev bozukluğu cinsel istek, uyarılma, orgazm bozukluğu ve cinsel ilişki sırasında ağrı olması şeklinde sınıflandırılmaktadır (51). Memenin kaybı kadınların sıklıkla depresyon, anksiyete, cinsel istek kaybı, beden algısında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme ve uygun giysi bulmada zorlanma gibi sıkıntılara neden olmaktadır (52,53).

Meme kanserli hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun cinsel sağlık yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada meme kanseri geçiren kadınlarda cinsel sağlık sorunlarının belirgin farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmada depresif belirtilerin, ileri yaş ve eş ilişkisinin cinsel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında belirleyici olduğu bildirilmiştir (54). Mastektomi geçiren kadınlar, ameliyatla ilgili endişelerin yanında cinsel ilişkide bozulma korkusu, evliliğin tehlikeye düşebileceği ve cinsel çekicilik konusunda endişeler yaşamaktadır (55). Meme kanseri hastalarında yaş, cerrahi tipi, eşle olan iletişim, süregelen sağlık sorunları, beden algısı sorunları, menopozal durum ve psikolojik durum cinselliği etkileyen etmenler arasındadır (56,57). Meme kanserinin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ya da hormonal tedavisinin, hastanın fiziksel sağlığını ve cinsel hayatını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (58-60). Tıbbi tedavi ile indüklenen menopozal durumun cinsel işlevler üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda cinsel istek azlığı, cinsel ilişki

sırasında ağrı ve vajinal kuruluk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (61-63). Schover (64), meme kanserli hasta grubunda cinsel istekte azalmanın sebepleri olarak; meme dokusunda kaybın yanı sıra saçların dökülmesi, ağrı ve sağlık durumunu algılamadaki değişiklikleri göstermiştir.

Tablo-1: Meme kanseri tedavi sürecinde cinsellik ile ilgili sorunlar (65)

1) Cerrahi Tedavi Süreci <ul style="list-style-type: none">• Fiziksel görünümde Değişiklik<ul style="list-style-type: none">-Şekil bozukluğu-Skar	3) Radyoterapi <ul style="list-style-type: none">• Memede ağrı ve ödem• Yorgunluk• Libidoda azalma
2) Kemoterapi <ul style="list-style-type: none">• Erken Menopoz<ul style="list-style-type: none">-Sıcak basması-Vajinal kuruluk-Disparoni-Libidoda azalma• Yorgunluk• Bulantı -kusma	4) Hormonoterapi <ul style="list-style-type: none">• Menopozal Semptomlar<ul style="list-style-type: none">-Sıcak basması-Vajinal kuruluk-Disparoni-Libidoda azalma-Emosyonel değişiklikler

Sertöz ve arkadaşlarının meme kanseri hastaları ile yaptıkları bir çalışmada total mastektominin beden algısını bozduğu, bozulmuş beden algısının cinsel doyumda azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu, meme kanserli kadınlarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunun cinsel ilişkiden kaçınma ve iletişim bozukluğu olduğu bulunmuştur. Meme kanserli, 20-60 yaş arasında ve en az 1 yıl önce cerrahi girişim deneyimlemiş 50 kadın hasta üzerinde yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan kadınların %96'sında bir ya da daha fazla cinsel sorun görüldüğü; bunların %64'ünde cinsel istek azlığı, %48'inde cinsel istek yokluğu, %44'ünde orgazm olamama, %42'sinde vajinal kuruluk ve %38'inde disparoni olduğu ifade edilmiştir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde meme kanseri nedeniyle farklı cerrahi girişim deneyimleyen kadınların cinsel yaşamları

üzerinde özellikle mastektominin olumsuz etkisi olduğu, meme koruyucu cerrahinin ise daha iyi sonuçlar verdiği bildirilmiştir. Sonuçlar üzerinde beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumunun yanı sıra sosyodemografik ve kültürel etmenlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle genç hastaların tedavi sonrası ilk aylarda daha fazla cinsel sorun yaşadığı görülmektedir (65,67).

Meme kanserli kadınlarda cinsel sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri ise eş ile olan ilişkinin kalitesidir. Yapılan çalışmalarda evlilik ilişkisi daha iyi olan, eşlerinden daha iyi destek alan ve evlilik doyumları daha iyi olan hastaların cinsellikle ilgili daha az sorun yaşadıkları ve cinsel yaşamlarının daha iyi olduğu bildirilmektedir (68-70). Ayrıca meme kanseri tedavisinde cerrahi girişimin dışında uygulanan radyoterapi, kemoterapi ve hormon tedavisinin de cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu dönemde tedavinin yan etkisi olarak saç dökülmesi, bulantı, kusma, iştahsızlık ve halsizlik gibi çok sayıda fiziksel rahatsızlık yaşayan hastaların cinsellikten uzaklaşabildiği ve vajinal kuruluk, ağrı, libidoda azalma gibi cinsel işlevi doğrudan etkileyecek sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (71-74).

GEREÇ VE YÖNTEM

I. Yöntem

Örnekleme grubu 15.11.2017–15.03.2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran, meme kanseri nedeniyle takip edilen hastalar arasından seçildi. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 50 meme kanseri hastası çalışmaya dahil edildi. Çalışma protokolü Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 21.10.2017 tarih ve 2017 -17/7 sayılı kararıyla onaylandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hastaya çalışmanın amacıyla ilgili sözel olarak bilgilendirilme yapılarak U.Ü.T.F Etik Kurulu'nca onaylanmış olan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalandıktan sonra ölçükler ile değerlendirme yapıldı.

II. Çalışmaya Alma Ölçütleri

Çalışmaya 18-60 yaşları arasındaki en az ilkokul mezunu olan, erken evrede (0,1,2) tanı alan, tanı ve tedavisinden sonra en az 1 en fazla 5 yıl geçmiş olan, evli ya da cinsel partneri bulunan, işlevselliğini bozan ek tıbbi ya da ruhsal hastalığı bulunmayan hastalar dahil edildi.

III. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Alkol veya madde kötüye kullanımı / bağımlılık öyküsü olanlar, ciddi ruhsal hastalığı ve tedavi öyküsü bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

IV. Uygulanan Form Ve Ölçekler

Çalışmaya alınan tüm hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirmesi için Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1) ile bilgileri alınmıştır. Depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (Ek 2), anksiyete belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği (Ek 3), cinsel yaşamın değerlendirilmesi için Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu (Ek 4), benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek 5), sosyal destek düzeyini değerlendirmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 6) ve eşler arası uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla Çiftler Uyum Ölçeği (Ek 7) uygulanmıştır.

A-Sosyodemografik Veri Formu

Bu formla çalışmaya alınan meme kanserli hastaların yaşı, medeni durumu, kimlerle yaşamakta olduğu, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve ek ruhsal veya tıbbi hastalık öyküsü ile ilgili bilgiler alınmıştır.

B- Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen bilişsel, duygusal, somatik ve motivasyonel belirtileri ölçmek amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için 0-3 puan arasında dört seçenek vardır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; 5-9 puanlar arası normal, 10-18 puanlar arası hafif-orta, 19-29 puanlar arası orta-şiddetli ve 30-63 puanlar arası şiddetli depresyonu belirlemektedir. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır ve kesme puanınının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir (75).

C- Beck Anksiyete Ölçeği

Bireyin son bir haftada belli belirtilerden ne kadar rahatsız olduklarını ölçmeyi amaçlayan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin 0-3 arasında puanlandığı 4'lü Likert tipi bir ölçektir. 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Toplam skor üzerinden 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta ve 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksekliği yaşanan anksiyetenin yüksekliğini göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (76).

D- Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Cinsel sorunların varlığını ve şiddetini değerlendiren bir ölçektir. Erkekler ve kadınlar için her biri 28 maddeden oluşan iki ayrı formu bulunmaktadır. Verilen yanıtlar "0=her zaman", "5= hiçbir zaman" arasında değişen likert formatında ölçülür ve bir toplam skor ile yedi alt ölçek skoru elde edilmesini sağlar. Cinsel birliktelik sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma ve duygusallık alt ölçekleri kadınlar ve erkekler için ortaktır. Cinsiyetlere özgü iki alt ölçek daha vardır; bunlar, kadınlar için anorgazmi ve vajinismus, erkekler içinse erektil disfonksiyon ve erken boşalmadır. Daha yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını göstermektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuğrul ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır (77,78).

E- Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur. Ölçek çoktan seçmeli sorulardan yapılmış 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Bu alt kategoriler; 1) Benlik Saygısı (BS), 2) Kendilik Kavramının Sürekliliği, 3) İnsanlara Güvenme, 4) Eleştiriye Duyarlılık, 5) Depresif Duygulanım, 6) Hayalperestlik, 7) Psikosomatik Belirtiler, 8) Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit

Hissetme, 9) Tartışmalara Katılabilme, 10) Anne-Baba İlgisi, 11) Babayla İlişkisi, 12) Psişik İzolasyon şeklinde adlandırılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk “10” maddesi kullanılmıştır. Her bir maddede “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “Çok yanlış” şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0–1 ise benlik saygısı yüksek, 2–4 ise orta, 5–6 ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir (79).

F- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren bir ölçektir. Bu ölçek “kesinlikle hayır” 1, “kesinlikle evet” 7 şeklinde 18 kategorize edilmiş 7’li likert tipi bir ölçektir, 12 maddeden ve üç boyuttan oluşmaktadır. “Aileden alınan destek” boyutu 3, 4, 8 ve 11 maddelerinin toplamıyla, “Arkadaştan alınan destek” boyutu 6, 7, 9 ve 12 maddelerinin toplamıyla ve “Özel kişiden alınan destek” boyutu 1, 2, 5 ve 10 maddelerinin toplamıyla elde edilmektedir. Ölçek son halinde her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (80).

G- Çiftler Uyum Ölçeği

Spanier tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 2000 yılında Fışıloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır. Çiftler Uyum Ölçeği çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik ölçektir. Dört alt ölçekten oluşur; a) eşler arası tatmin alt ölçeği; negatif ve pozitif düşünce modelleri ile pozitif ve karşılıklı iletişimi sorgulayan 10 madde içerir. b) eşler arası bağlılık alt ölçeği; birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşur. c) eşler arası fikir birliği alt ölçeği; evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki

anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur. d) duygusal ifade alt ölçeği; sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini gösterir ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içerir. Toplam ölçüm puanları evlilik uyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır. Testten alınabilecek puanların dağılımı 0-151 arasındadır. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir (81).

V. İstatistiksel Analiz

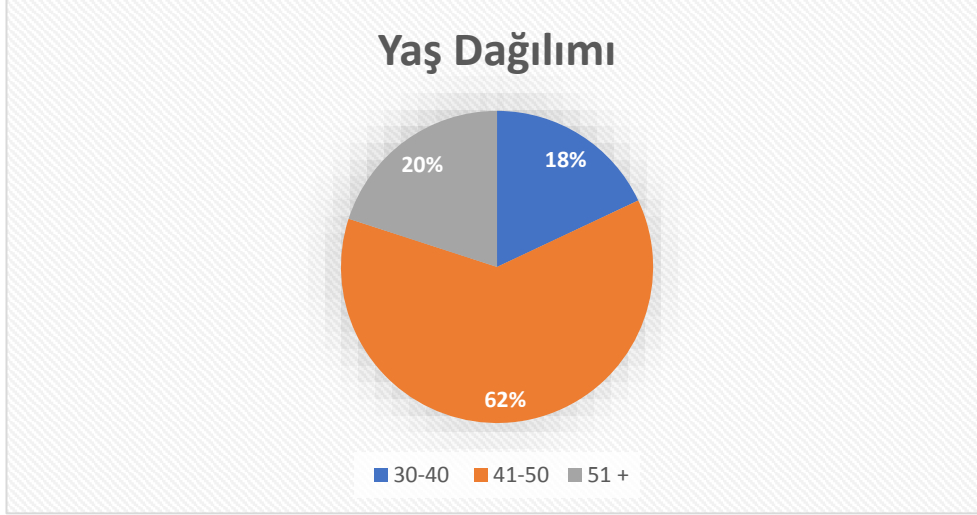
Tüm veriler SPSS (Statistical Program for Social Sciences) 22 paket programında analiz edilmiştir. Tüm değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ve yüzde değerleri hesaplandı (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler). Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Student t Test, Mann Whitney ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

BULGULAR

Bu araştırmada eşler arasındaki uyum ve sosyal destek düzeyi arttıka depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğunda anlamlı azalma olduğu tespit edilmiştir. Eşler arasındaki uyum ve sosyal destek ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yaptığımız bu çalışmada yaş, eğitim düzeyi, tanı süresi, çalışma durumu ve cerrahi tipi ile depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

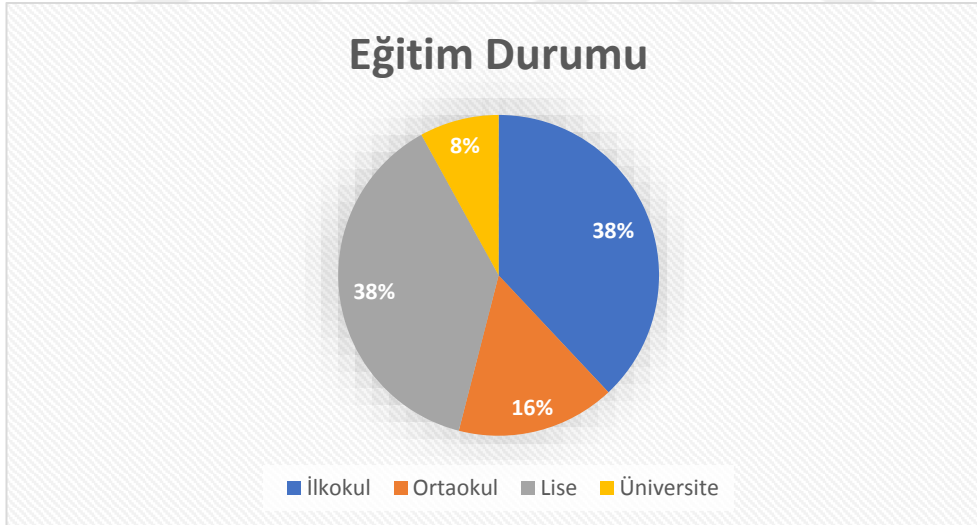
Tablo-2: Tanımlayıcı zelliklerin Dağılımı

	Min-Mak	Ort±SD
Tanı Süresi	1-5	2.9±1.5
	n	%
Yaş		
30 -40	9	18
41-50	31	62
51 ve zeri	10	20
Eğitim Durumu		
ilkokul	19	38
Ortaokul	8	16
Lise	19	38
Üniversite	4	8
Çalışma Durumu		
alışıyor	29	58
Çalışmıyor	21	42
Cerrahi Tipi		
Mastektomi	17	34
Meme Koruyucu Cerrahi	33	66



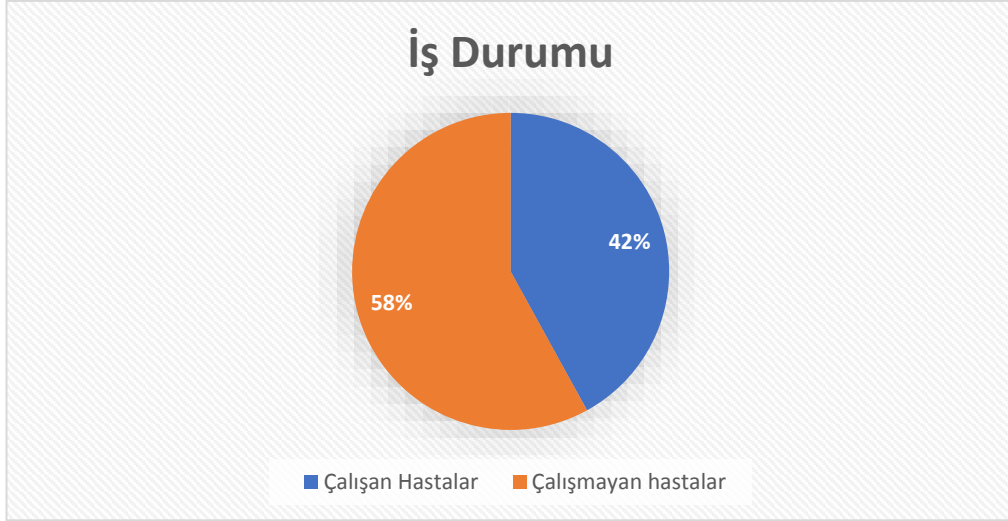
Şekil-1: Yaş dağılımı

Çalışmaya katılanların %18'i (n=9) 30- 40 yaş aralığında, %62'si (n=31) 41-50 yaş aralığında ve %20'si (n=10) 51 yaşın üzerindedir.



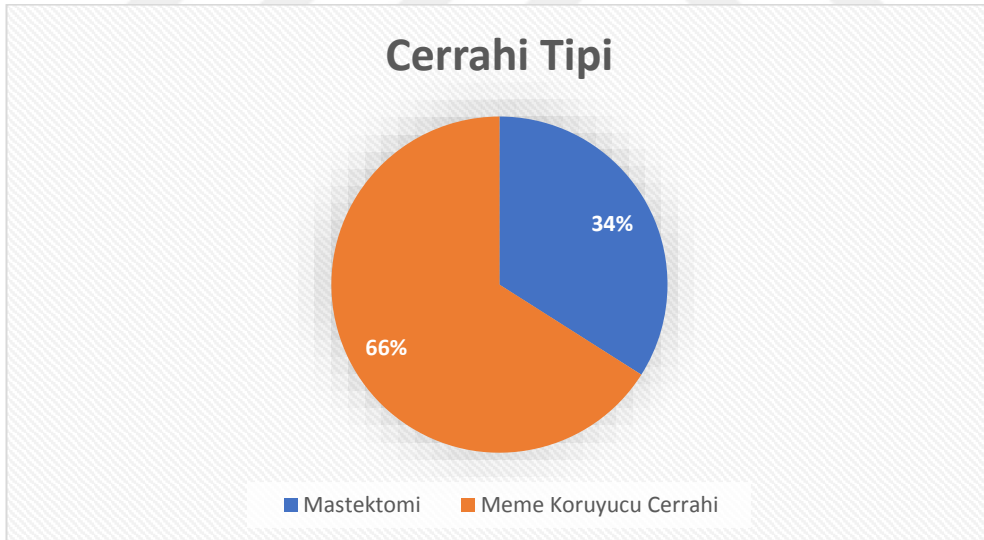
Şekil-2: Eğitim durumlarının dağılımı

Çalışmaya katılanların %38'i (n=19) ilkokul mezunu, %16'sı (n=8) ortaokul mezunu, %38'i (n= 19) lise mezunu ve %8'i (n=4) üniversite mezunudur.



Şekil-3: İş durumlarının dağılımı

Olguların çalışma durumları incelendiğinde %58'inin (n=29) herhangi bir işte çalışmaz iken %42'sinin (n=21) aktif çalışma hayatı bulunmaktadır.



Şekil-4: Cerrahi tipine göre dağılım

Olguların geçirdiği cerrahi tipleri incelendiğinde %34'ünün (n=17) Mastektomi ve %66'sının (n=33) Meme Koruyucu Cerrahi şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo-3: Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Golombok-Rust Benlik Saygısı Ölçeğine ilişkin Dağılımlar

	Min-mak	Ort±SD	Medyan
Beck Depresyon Ölçeği	0-53	17.34±11.38	14.50
Beck Anksiyete Ölçeği	3-48	18.96±12.03	15.00
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	0-3.5	0.97±0.82	0.91
Golombok-Rust Benlik Saygısı Ölçeği	10-89	45.66±20.90	35.50

Min: Minimum, **Mak:** Maksimum, **Ort:** Ortalama, **SD:** Standart Sapma

Olguların Beck Depresyon Ölçeği puanları 0 ile 53 arasında değişmekte olup, ortalama 17.34±11.38'dir. Olguların Beck Anksiyete Ölçeği puanları ise 3 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalama 18.96±12.03'dir. Yaptığımız bu çalışmada hastaların orta düzeyde depresif ve anksiyete belirtilerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Hastaların %34'ünde orta -şiddetli düzeyde depresif bulguların ve %30'unda şiddetli anksiyete belirtilerinin olduğu gözlenmiştir. Ortalama 45.6 olan Golombok-Rust CDÖ puanları meme kanserli hastalardaki cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir. Olguların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları 0 ile 3.5 arasında değişmekte olup ortalama 0.97 olarak bulunmuştur. Yaptığımız bu çalışmada hastaların benlik saygısında bozulma yaşamadıkları tespit edilmiştir.

Tablo-4: Çiftler Uyum Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Beck Depresyon, Beck Anksiyete, Rosenberg Benlik Saygısı ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Puanları arasındaki ilişki

	BDÖ	BAÖ	RBSÖ	G-RCDÖ
Çiftler Uyum Ölçeği				
p	p<0,01	p=0,01	p=0,1	p<0,001
r	r=-0,631	r=-0,362	r=-0,234	r=-0,636
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				
p	p<0,01	p=0,025	p=0,187	p<0,01
r	r=-0,556	r=-0,317	r=-0,190	r=-0,499

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, **BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği, **RBSÖ:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, **G-RCDÖ:** Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Olguların eşler arası uyum düzeyleri arttıkça, Beck Depresyon ($p<0,01$, $r = -0,631$), Beck Anksiyete ($p<0,01$, $r=-0,362$) ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği ($p<0,01$, $r=-0,636$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu bulundu. Eşler arası uyum düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p=0,1$).

Olguların sosyal destek düzeyleri arttıkça Beck Depresyon ($p<0,01$, $r = -0,556$), Beck Anksiyete ($p<0,01$, $r=-0,317$) ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ($p<0,01$, $r=-0,499$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu bulundu. Sosyal destek düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p=0,187$).

Tablo-5: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Sayı (n)	Medyan (min-mak)* Ort±SD **		İstatistiksel değerlendirme (p)	
		BAÖ	BDÖ	BAÖ	BDÖ
Yaş ; ,					
30-40	9	23(10-37)	16(6-34)	p=0,525	p=0,507
41-50	31	15(4-48)	11(0-53)		
51 ve üzeri	10	16(3-42)	14(4-39)		
Tanı süresi ; (yıl)					
1	8	14.5(5-33)	15.5(0-34)	p=0,164	p=0,237
2	17	27(7-48)	20(6-53)		
3	7	14(6-32)	11(1-32)		
4	4	10(7-14)	12(6-35)		
5	14	15(3-42)	11(4-33)		
İş Durumu;					
Çalışan	29	20±11	17±11	p=0,376	p=0,906
Çalışmayan	21	18±13	18±12		
Eğitim Durumu ;					
ilkokokul	19	15(3-42)	13(1-39)	p=0,513	p=0,978
Ortaokul	8	21(9-48)	13(6-53)		
Lise	19	14(3-33)	15(0-34)		
Üniversite	4	19(12-46)	14(8-30)		
Cerrahi tipi;					
Mastektomi	17	23±15	18±13	p=0,341	p=0,918
Meme Koruyucu Cerrahi	33	17±10	17±10		

Min:minimum , **Mak:** Maksimum , **Ort:** Ortalama , **SD:** Standart Sapma

*Yaş, eğitim ve tanı süresi için Kruskal -Wallis testleri kullanıldı. **iş durumu ve cerrahi tipi için T-test kullanıldı.

Yaş, tanı süresi, iş durumu, eğitim durumu ve cerrahi tipine göre Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo-6: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Sayı	Medyan (min-mak)* Ort±SD **	İstatistiksel değerlendirme (p)
Yaş ; ,			
30-40	9	35(29-89)	P=0,202
41-50	31	35(10-87)	
51 ve üzeri	10	55(24-80)	
Tanı süresi ; (yıl)			
1	8	37(10-87)	P=0,711
2	17	35(27-89)	
3	7	58(10-70)	
4	4	49(32-85)	
5	14	34(20-87)	
İş Durumu;			
Çalışan	29	46±23.1	P=0,844
Çalışmayan	21	45±19.5	
Cerrahi tipi;			
Mastektomi	17	40±19	P=0,193
Meme Koruyucu Cerrahi	33	48±22	

Min:minimum , **Mak:** Maksimum , **Ort:** Ortalama , **SD:** Standart Sapma

*Yaş, eğitim ve tanı süresi için Kruskal -Wallis testleri kullanıldı. **iş durumu ve cerrahi tipi için T-test kullanıldı.

Yaş, tanı süresi, iş durumu, eğitim durumu ve cerrahi tipine göre Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo-7: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Sayı	Medyan (min-mak)* Ort±SD **	İstatistiksel değerlendirme (p)
Yaş			
30-40	9	1.3(0.3-2)	p=0,247
41-50	31	0.8(0-3.5)	
51 ve üzeri	10	0.6(0-2.7)	
Tanı süresi (yıl)			
1	8	1.4((0.3-2.3)	p=0,014
2	17	1 (0.1-3.5)	
3	7	1.3(0.3-2.3)	
4	4	0.4(0.2-.0.5)	
5	14	0.4(0-1.3)	
İş Durumu			
Çalışan	29	0.84±0.9	p=0,356
Çalışmayan	21	1.06±0.9	
Eğitim Durumu			
ilkokokul	19	0.8(0-2.6)	p=0,845
Ortaokul	8	1.1(0-3.5)	
Lise	19	0.8(0-2.3)	
Üniversite	4	0.8(0-1.75)	
Cerrahi tipi			
Mastektomi	17	1,10±0.83	P=0,432
Meme Koruyucu Cerrahi	33	0.9±0.82	

Min: Minimum, **Mak:** Maksimum, **Ort:** Ortalama, **SD:** Standart Sapma

*Yaş, eğitim ve tanı süresi için Kruskal -Wallis testleri kullanıldı. **iş durumu ve cerrahi tipi için T-test kullanıldı

Yaş, tanı süresi, iş durumu, eğitim durumu ve cerrahi tipine göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada meme kanseri tanısı bulunan 50 hastanın eşler arasındaki uyum ve sosyal destek düzeyinin benlik saygısı, cinsellik, depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada meme kanseri ile ilişkili olabilecek sosyodemografik veriler ve hastalıkla ilgili değişkenler sorgulanmış ve bu değişkenlerin uygulanan ölçeklere etkileri karşılaştırılmıştır. Eşler arasındaki uyum ve sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğunda anlamlı azalma olduğu tespit edilmiştir.

Meme kanserinde ruhsal süreçlerle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda depresyon, anksiyete, uyum sorunları, benlik saygısının azalması ve cinsellikle ilgili sorunlara neden olduğu bildirilmiştir. Stanton ve ark.'nın (82) meme kanseri tanısı konulduktan sonraki dönemden itibaren 460 meme kanseri tanılı hastayı 12 aylık sürede izledikleri çalışmalarında hastaların %16,6'sının majör depresyon tanı ölçütlerini karşıladığını bildirmişlerdir. Depresyon görülme sıklığı çoğu çalışmada %10 ile 25 arasında bildirilmektedir. Vin-Raviv ve ark.'nın (83) 4164 meme kanserli hasta ile 4164 meme kanseri olmayan kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Genel olarak meme kanserli kadın hastalarda yapılan çalışmalara bakıldığında hastalıkla ilgili tıbbi değişkenler ve tedavi durumundan bağımsız olarak depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (84-86). Yapılan birçok çalışmanın aksine Amerika'da 168 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada kontrol grubu ile hastalar arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (87). Yaptığımız bu çalışmada hastaların orta düzeyde depresyon ve anksiyete belirtilerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Hastaların %34'ünde orta-şiddetli düzeyde depresif bulguların ve %30'unda şiddetli anksiyete belirtilerinin olduğu gözlenmiştir. Meme kanserinin tanı ve tedavi süreci cinsel yaşamı

olumsuz yönde etkilemektedir. Bruno ve ark.'nın (88) meme kanseri olan hastalarda meme cerrahisinden sonraki cinsel işlevleri inceledikleri bir çalışmada hastaların cinsel işlevle ilgili önemli sorunlar yaşadığını ve cinsel işlev bozukluğunun özellikle genç yaşla ilgili olduğunu vurgulamışlardır. Yaptığımız bu çalışmada ortalama 45,6 olan Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanları meme kanserli hastalardaki cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular konuyla ilgili diğer çalışmaları destekler niteliktedir. Meme kanserli hastalarda yapılan birçok çalışmadan elde edilen bulgulara göre meme kanseri tanı ve tedavisinin önemli derecede psikiyatrik komorbidite ve uyum sorunlarına yol açtığı görülmektedir.

Bu çalışmada çiftler arası uyum düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve cinsel doyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eşleri ile uyum düzeyleri daha iyi olan hastaların daha az depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğu belirtileri yaşadıkları gözlenmiştir. Meme kanseri yaşayan kadınlar birçok psikososyal ve ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Bu süreçte özellikle eşlerden gelen sosyal desteğin koruyucu olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde meme cerrahisinden sonra eşlerin duygusal katılımları ve kanserle ilgili zor duygular ve deneyimler hakkında iletişim kurma isteklerinin hastaların kanserle başetmesini kolaylaştırdığı, duygusal sıkıntılarını azalttığı ve ruh sağlığı semptomlarını hafifletebildiği bildirilmiştir (44,45). Çoğu çalışmada meme kanserli kadınların en önemli sosyal destek kaynağı olarak eş veya birlikte yaşadıkları kişileri tanımladıklarını, hastaların eşlerinden algıladıkları daha fazla empati ve duygusal desteğin daha az depresif belirtilerle ilişkili olduğu, hastaların eşleriyle ilişkilerindeki memnuniyetlerinin psikolojik iyi oluşla ilgili olduğu bildirilmiştir (89-91). Ghizzani ve ark.'nın (92) meme kanserli hastalarda cinsel yaşamı etkileyen etmenleri inceledikleri çalışmalarında eşlerden gelen yeterli duygusal desteğin ölümcül bir hastalığın ortaya çıkmasından sonra bile cinsellik ve romantizm için açık kalmalarına yardımcı olan önemli bir yerinin olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada eşlerin ilgisi ve çiftin samimiyetinin hastaların yaralı memeyi

gösterme konusundaki zorlanma duygusunun üstesinden gelmelerine, cerrahi sonrası günlük yaşama entegre olabilmelerine yardımcı olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda meme kanseri tedavisi gören hastaların eşlerinin yüksek emosyonel desteğinin cinsel yaşamla ilgili güçlükleri azalttığı ve pozitif bir eş ilişkisine sahip olan hastaların beden algısı ve cinsellikle ilgili daha az sorun yaşadıkları bildirilmiştir (42,43).

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara benzer şekilde diğer birçok çalışmada eşlerden gelen destek ve yüksek uyum düzeylerinin meme kanserli kadınların hastalıkla başetmelerinde ve psikososyal açıdan uyum sağlamalarında önemli bir etmen olduğu gösterilmiştir. Özellikle cinsel yaşamla ilgili eşler arasında açık iletişim sağlanması ve eşlerin birbirinden netür emosyonel destek beklediklerinin tartışılmasına olanak sağlanmalıdır. Bu bulgular meme kanseri hastalarının uyumlarında eşlerin önemli bir rol oynadığını ve çiftlere yönelik müdahalelerin psikolojik sıkıntıyı azaltmanın etkili bir yolu olabileceğini düşündürmektedir. Meme kanseri olan evli hastaların eşler arasındaki uyum açısından değerlendirilmesi ve duygusal destek sağlayıcı girişimlerin planlanması hastanın kanser yaşantısına uyumu açısından yarar sağlayacaktır. Bu süreçte konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında duygusal destek merkezli danışmanlıklarda sadece hastanın değil eşler ve aile üyelerinin de dahil edilmesinin hastaların yaşadığı ruhsal sorunların azaltılmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Sosyal destek düzeyleri daha iyi olan hastaların daha az depresyon ve anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda meme kanseri tanısı ve tedavisi sonrası sosyal desteğin yaşam kalitesi ve sağlık sonuçları üzerinde önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Sosyal desteğin azalması negatif psikososyal sonuçlarla ilişkilidir ve daha yüksek sosyal destek düzeyleri daha düşük mortalite ile ilişkili bulunmuştur (93,94). Yapılan çalışmalarda yüksek depresyon düzeylerinin kanser hastalarında mortaliteyi artırdığı gösterilmiştir (24,95). Meme kanseri hastalarında ruhsal sorunların tedavisinin yaşam kalitesini, tedavi uyumunu, fiziksel ve ruhsal işlevselliği

artırdığı bilinmektedir. Meme kanseri hastalarında tanı sonrası dönemde depresyon ve anksiyete ile ilgili belirteçlerin incelendiği bir araştırmada sosyal desteğin düşük olmasının depresyon ve anksiyete belirtilerinin gelişmesi ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir. Artmış sosyal destek meme kanseri hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevsellikleri ile yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler göstermektedir (96-99). Minna ve ark. (100) meme kanserli hastaların sosyal desteğin ana sağlayıcısı olarak eş veya partnerlerini en önemli destekçileri olarak gördüklerini bildirmişlerdir. Meme kanserli hastalarda psikoeğitim ve psikososyal destek programları daha iyi duygusal, fonksiyonel ve sosyal aile refahı ile ilişkilidir ve genel sağlık durumunu olumlu yönde etkilemektedir (101). Brezilya'da meme kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada yeterli duygusal ve bilgilendirici desteğin daha iyi işlevsellik ve daha düşük ruhsal semptom yoğunluğu ile ilişkili olduğu görülmüştür (102). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin stresli yaşam olayları ile başa çıkmada önemli bir rolü olduğu ve tanıdan sonraki dönemlerde meme kanseri mağdurları arasında depresif duygudurumun en iyi göstergesi olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda yeterli sosyal desteğin anksiyeteyi ve depresyonu hafifletebileceği, psikolojik adaptasyonu geliştirebileceği ve sonuç olarak kanser iyileşme sürecine yardımcı olduğu bildirilmektedir (103-106).

Meme kanseri hastalarında sosyal destek sistemleri psikolojik iyi oluşun bir göstergesidir. Hayatta kalan hastaların sosyal destek ağlarını hedefleyen erken müdahalelerin hastaların kalan yaşamları sırasında yaşam kalitelerini, olası ruhsal sorunları ve psikososyal uyumlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında hastalara yönelik uygun psikososyal müdahalelerin, takip ve tedavi planlarının geliştirilmesi gereklidir. Elde edilen bulgular iyi bir sosyal destek sisteminin ruhsal sorunları azaltabileceğini düşündürmektedir. Meme kanseri ile ilgili sorunların çözüme ulaştırılmasında meme kanserli kadınların aynı sorunu yaşayan kadınlarla grup terapilerine katılmaları yararlı olabilmektedir. Aile bireyleri ile grup çalışmaları aile içi iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve hastaların yardım gereksinimleri olabileceği anlatılarak önerilerde bulunulmasına olanak sağlayabilmektedir. Mastektomili kadınların psikososyal gereksinimleri bütüncül bir yaklaşımla

değerlendirilmeli, eş ve ailelerin de katılımı sağlanarak sosyal destek sağlamaya yönelik girişimler uygulanmalıdır.

Meme kanseri tanısı ve tedavisi sırasında hastalığın ruhsal ve sosyal boyutlarını etkileyen sosyodemografik ve hastalıkla ilgili belirleyici etmenler bulunmaktadır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında genç yaş, düşük eğitim düzeyi, işsiz olmak, tanı sonrasında kısa süre geçmiş olması ve mastektominin daha fazla ruhsal semptomlarla ilgili olduğu görülmektedir (8,9,84,107,108). Benzer çalışmalarda meme kanseri teşhisini takip eden ilk yıllarda depresyon, anksiyete, somatoform bozukluklar ve uyum bozukluğu riskinde artış olduğu gösterilmiştir (5,6). Marıam ve ark.'nın (109) meme kanserli hastalarda kaygı ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörleri inceledikleri bir çalışmada ise yaş ve eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu yaşanan memenin kaybı ile ortaya çıkan ruhsal reaksiyonların ameliyat tipi ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda mastektomili kadınlarda meme koruyucu cerrahi ve meme rekonstrüksiyonu yapılanlara kıyasla daha fazla depresyon, anksiyete, uyum zorlukları ile benlik saygısı sorunları yaşandığı bildirilmiştir (62,110,111). Meme kanserinin tanı ve tedavi süreci cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastalarda cerrahi tipi, demografik özellikler, radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri cinselliği etkileyen etmenler arasındadır. Bruno ve ark.'nın (88) meme kanseri olan hastalarda meme cerrahisinden sonraki cinsel işlevleri inceledikleri bir çalışmada cinsel işlev bozukluğunun özellikle genç yaşla ilgili olduğunu vurgulamışlardır. Stephanie ve ark.'nın (112) yaptığı benzer bir çalışmada cinsel problemler cerrahi sonrasında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada kemoterapi, evlilik ilişkisindeki doyum, beden imgesi ve yaşam kalitesi gibi faktörlerin cinsel işlevlerle anlamlı ilişkisi olduğu bulunurken; yaş, eğitim düzeyi, iş durumu, kanser evresi ve cerrahi tipi gibi belirteçler ile cinsel fonksiyonlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Konuyla ilgili yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde meme kanseri nedeniyle farklı cerrahi girişim deneyimleyen kadınların cinsel yaşamları üzerinde özellikle mastektominin olumsuz etkisi olduğu, meme koruyucu cerrahi ve meme rekonstrüksiyonunun

daha iyi sonuçlar verdiği, sonuçlar üzerinde beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve sosyodemografik özelliklerin etkili olduğu, özellikle genç hastalarda ve tedavi sonrası ilk aylarda daha fazla cinsel sorun yaşandığı görölmektedir (37,62).

Konuyla ilgili yapılan birçok çalışmanın aksine yaptığımız bu çalışmada yaş, eğitim düzeyi, tanı süresi, çalışma durumu ve cerrahi tipi ile depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Yaptığımız bu çalışmanın önceki çalışmalardan en önemli farkı örneklem grubunun ruhsal yakınmaların ve uyum sorunlarının yoğun olduğu tanı sonrası erken dönemi içermemesidir. Hastaların tanı ve cerrahi sonrası erken dönemde daha fazla ruhsal sıkıntı yaşadığı, hastalık süresi ilerledikçe uyum sorunlarının azaldığı bilinmektedir. Bu çalışmadaki hastaların tanı ve tedavileri üzerinden en az bir yıl geçmiş olmasına rağmen depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Elde ettiğimiz bu sonucun sosyal destek sistemlerindeki eksiklikler ile ilişkili olduğunu düşünülmektedir. Yaptığımız bu çalışmada örneklem grubunun tanı ve tedavi sonrası erken dönemi içermemesi ve örneklem sayısının önceki çalışmalara göre yetersiz olmasının elde ettiğimiz bu sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Meme kanserli hastalar tanı ve tedavi sürecinde depresyon, anksiyete, uyum sorunları, cinsel işlev bozuklukları ve benlik saygısı ile ilgili sorunlar yaşamaktadır. Ortaya çıkan ruhsal sorunlar hastalık sürecinde değişkenlik göstermektedir. Yaptığımız bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre hastaların yaşadığı psikolojik sorunlar eşlerden ve aileden gelen sosyal destek düzeyleri ile önemli ölçüde ilişkilidir. Hastaların depresyon düzeylerinde azalma ve daha iyi sosyal destek sistemlerinin bulunması mortalitede azalma, yaşam kalitesinde ve tedavi uyumunda artma ile daha iyi işlevsellikle ilgilidir. Hastaların yaşadıkları ruhsal ve psikososyal zorlanmaların azaltılmasında ailelerinde katıldığı grup çalışmaları, sosyal destek sistemleri ve psikoeğitim programları faydalı olabilir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yapılması, meme kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların ve ilişkili olabilecek etmenlerin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Benson JR, Jatoi I. The global breast cancer burden. *Future Oncol* 2012;8(6):697-702.
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics 2012. *CA Cancer J Clin* 2015;65:87-108.
3. Aydın S, Akça T. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. 1.baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2011;27-423.
4. Özmen V. Breast cancer in the World and Turkey. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4(2):6-12.
5. Darendeliler E, Ağaoğlu FY. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi.1. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003:13-33.
6. Engin A, Oğuz M, Durmuş O, Tekin E, Onuk E. Meme Hastalıkları. 1 baskı. Ankara, Atlas Kitapçılık ,2000:375-404.
7. Steiner E, Klubert D, Knutson D. Assessing breast cancer risk in women. *Am Fam Physician* 2008;78:1361-6.
8. Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol* 2000;152:950-64.
9. Stuebe AM, Willett WC, Xue F, Michels KB. Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Arch Intern Med* 2009;169:1364-71.
10. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet* 2001;358:1389-99
11. Bozfakıoğlu Y, Asoğlu O. Meme Kanseri. Ü. Değerli, Y. Bozfakıoğlu (Ed.). Genel Cerrahi, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002:240-248.
12. Terry MB, Zhang FF, Kabat G et al. Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. *Ann Epidemiol* 2006;16:230-40.
13. Howard RA, Leitzmann MF, Linet MS, Freedman DM. Physical activity and breast cancer risk among pre- and postmenopausal women in the U.S. Radiologic Technologists cohort. *Cancer Causes Control* 2009; 20(3):323-33.
14. Ganmaa D, Willett WC, Li TY et al. Coffee, tea, caffeine and risk of breast cancer: a 22-year follow-up. *Int J Cancer* 2008;122:2071-6.
15. Reynolds P, Hurley S, Goldberg DE et al. Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:29-37.
16. Koçak S. Meme kanserinde klinik tanı ve evrelendirme. *Klinik Bilimler& Doktor, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*,2000;6(4): 468-71.
17. Benson JR, Jatoi I. The global breast cancer burden. *Future Oncol* 2012;8(6):697-702.

18. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. 1.baskı, İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997;38-112.
19. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal acıdan kanser. 5. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı, İstanbul,1998;140-53.
20. LR Derogatis, GR Morrow, J Fetting et al The prevalance of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983; 249:751-7.
21. Cralg TJ, Abeloff MD. Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. American journal of psychiatry 1974; 131(12):1323-7.
22. Mehnert A, Brahler E, Faller H et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. J Clin Oncol Off J AmSoc Clin Oncol 2014;32(31):3540-6.
23. Suppli NP, Johansen C, Christensen J, Kessing LV, Kroman N, Dalton SO. Increased risk for depression after breast cancer: a nationwide population-based cohort study of associated factors in Denmark, 1998-2011. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol 2014;32(34):3831-9.
24. Pinquart M, Duberstein PR Depression and cancer mortality: a meta-analysis. Psychol Med 2010;40(11):1797-810.
25. Jaesung Heo, Mison Chun, Young-Taek Oh, O. Kyu Noh, Logyoung Kim. Psychiatric comorbidities among breast cancer survivors in South Korea: a nationwide population-based study. Breast Cancer Res Treat 2017;162:151-8.
26. AA Cohee, T Stump, RN Adams et al. Factors associated with depressive symptoms in young long-term breast cancer survivors. Qual Life Res 2016; 25:1991-7.
27. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. Gen Hosp Psychiatry. 2008;30(2):112-26.
28. Morrill EF, Brewer NT, O'Neill SC et al. The interaction of posttraumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. Psycho-oncology 2008;17(9):948-53.
29. Maly RC, Umezawa Y, Leake B, Silliman RA. Mental health outcomes in older women with breast cancer: impact of perceived family support and adjustment. Psycho-oncology 2005;14(7):535-45.
30. Talley A, Molix L, Schlegel RJ, Bettencourt A. The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis. Psychol Health 2010;25(4):433-49.
31. JA Su, DC Yeh, CC Chang et al. Depression and family support in breast cancer patients. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2017;13:2389-96.
32. Yılmaz N, Aydın A, Özkan S, Aslan I, Bilge N. Total mastektomi ve meme koruyucu tedavide beden imajı ve benlik saygısının karşılaştırılması. Türk Onkoloji Dergisi 1993;8(3):1449-53.

33. Uçar T, Uzun Ö. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4:162-8.
34. Hocaoğlu Ç, Kandemir G, Civil F. Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007;3:163-5.
35. Önen-Sertöz Ö, Elbi-Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri; kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:264-75.
36. Yeo W, Kwan WH, Teo PML et al. Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncol* 2004;13:132-9.
37. Collins KK, Liu Y, Schootman M et al. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat.* Feb 2011;126(1):167-76.
38. Rasmussen DM, Hansen HP, Elverdam B. How cancer survivors experience their changed bodyencountering others. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society* Apr 2010;14(2):154-9.
39. Collins KK, Liu Y, Schootman M et al. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat* 2011;126(1):167-76.
40. Kingsberg SA. Sexual problems in breast cancer survivors: do not turn good news into no news. *Menopause* 2010;17(5):894-95.
41. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *The journal of sexual medicine* 2011;8(1):294-302.
42. Moreira H, Canavarro MC. Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of patients with breast cancer: A comparison study with partners of healthy women. *Journal of psychosocial oncology* 2013;31(3):282-304.
43. Kinsinger SW, Laurenceau JP, Carver CS, Antoni MH. Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychology & Health* 2011;26(12):1571-88.
44. White L, Boehmer U. Long-Term Breast Cancer Survivors' Perceptions of Support From Female Partners: An Exploratory Study. *Oncology Nursing Forum* 2012;39(2):210-20.
45. Makabe R, Nomizu T. Social support and psychological and physical states among Japanese women with breast cancer before and after breast surgery. *Oncol Nurs Forum* 2007;34:883-9.
46. Arora NK, Finney Rutten LJ, Gustafson DH et al. Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2007;16:474-86.

47. Brothers BM, Andersen BL. Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psychooncology* 2009;18:267-75.
48. Yoo GJ, Levine EG, Aviv C et al. Older women, breast cancer and social support. *Support Care Cancer* 2010;18:1521-30.
49. G Öztunç, P Yeşil, S Paydaş et al. Social Support and Hopelessness in Patients with Breast Cancer *Asian Pacific J Cancer Prev* 2013;14(1):571-8.
50. Çavdar İ. Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi* 2005;2:64-6.
51. Önem K, Ahmedov İ, Kadioğlu A. Kadın cinsel fonksiyon ve disfonksiyonun patofizyolojisi. *Türk Androloji Derneği Yayını, İstanbul, 2004;620-9.*
52. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 2008;110(1):9-17.
53. Rowland HJ, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(17):1422-9.
54. A Oberguggenberger, C Martini, N Huber et al. Self-reported sexual health: Breast cancer survivors compared to women from the general population – an observational study. *BMC Cancer* 2017 ;17:599-600.
55. Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5(2):60-4.
56. Can G. Meme kanseri tanısı ile radyoterapi, kemoterapi hormonoterapi alan hastalarda cinsellik. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu, Antalya, 2003;105-17.
57. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004;1(1):1303-34.
58. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among young women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2004;13:295-308.
59. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *J Sex Med* 2008;5:1898-906.
60. Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen P. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control* 2001;8(5):442-8.
61. Archibald S, Lemieux S, Byers ES, Tamlyn K, Worth J. Chemically induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors. *Women Ther* 2006;29(1/2):83-106.
62. 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. *J Clin Oncol* 1998;16(2):501-14.
63. Mortimer JE, Boucher L, Baty J, Knapp DL, Ryan E, Rowland JH. Effect of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 1999;17(5):1488-92.

64. Schover LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *Cancer Journal for Clinicians* 1991;41(2):112-20.
65. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *2010;66(4):397-407.*
66. Sertöz Önen Ö, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15(4):264-75.
67. Farıba F, Sohelia M, Mitra S. The relationship between sexual dysfunction and quality of marital relationship in genital and breast cancers women. *J Educ Health Promot* 2017;6:56-62.
68. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J* 2005;11:440-7.
69. Takahashi M, Ohno S, Inoune H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchida Y ve ark. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology* 2007;12:901-7.
70. Wellisch DK. Family relations of the mastectomy patient: interactions with the spouse and children. *Isr J Med Sci* 1981 ;17(9-10):993-6.
71. Aygin D. Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam durumunun incelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
72. Lavin M, Hyde A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *Eur J Oncol Nurs* 2006;10(1):10-8.
73. Gambardella A, Esposito D, Accardo G et al. Sexual function and sex hormones in breast cancer patients. *International Journal of Basic and Clinical Endocrinology* 2017 ;60(3):510-5.
74. Cavalheiro A, Bittelbrunn A, Menke C et al. Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. *BMC Women's Health* 2012;12:28-29
75. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1988;6(22):118-22.
76. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognitive Psychother* 1998;12: 163-72.
77. Golombok S, Rust J. Diagnosis of sexual dysfunction; relationships between DSM-III(R) and the GRISSS. *J Sex Mar Therap* 1988;3(1):119-24.
78. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok Rust Cinsel Doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4(2):84-8.
79. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 1986.
80. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(1): 17-25.

81. Fişiloğlu H, Demir A. Applicability of the dyadic adjustment scale of marital quality with Turkish couples. *Eur J of Psychol Assessment* 2000;16(23):214-8.
82. Stanton AL, Wiley JF, Krull JL et al. Depressive episodes, symptoms, and trajectories in women recently diagnosed with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2015;154(1):1-11.
83. Vin-Raviv N, Akinyemiju TF, Galea S, Bovbjerg DH. Depression and anxiety disorders among hospitalized women with breast cancer. *Plos One* 2015;10(6):129-69.
84. Hopwood P, Howell A, Maguire P. Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British journal of cancer* 1991;64(2):349-52.
85. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research* 2008;64(4): 383-91.
86. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer* 2005;104(12):2872-81.
87. Heiney S, Reavis K, Tavakoli A, Adams S, Hayne P, Weinrich S. The Impact of STORY on Depression and Fatigue in African-American Women with Breast Cancer. *Journal of National Black Nurses' Association JNBNA* 2015;26(1):1-7.
88. Bruno Q, Aymery C, Fabrice L, Hélène L. Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. *European Journal of Oncology Nursing* 2014;18(1):41-5.
89. Su-Ying F, Hong-Tai C, Bih-Ching S. The moderating effect of perceived partner empathy on body image and depression among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2015;24(12):1815-22.
90. Nancy P, Chris B. The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine* 1995;40 (6) ;789-97.
91. Amelia T, Lisa MR, Jean S, Ann B. The influence of breast cancer survivors' Perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Journal Psychology & Health* 2008;25(4): 433-49.
92. Ghizzani A, Pirtoli L, Bellezza A, Velicogna F. The evaluation of some factors influencing the sexual life of women affected by breast cancer. *J Sex Marital Ther* 1995;21:57-63.
93. Kroenke C, Quesenberry C, Kwan M, Sweeney C, Castillo A, Caan BJ. Social networks, social support, and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis in the Life after Breast Cancer Epidemiology (LACE) study. *Breast Cancer Res. Treat* 2013;137(1):261-71.

94. Epplein M, Zheng Y, Zheng W et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *J. Clin. Oncol.* 2011;29(4): 406-12.
95. Brown, KW, Levy, AR, Rosberger, Z, Edgar. Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine* 2003;65:636–43.
96. Spenser H, Lisa M, Catherine MA et al. Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology* 2014;42:38-44.
97. Arving C, Sjøden PO, Bergh J et al. Individual psychosocial support for breast cancer patients: a randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care. *Cancer Nurs* 2007;30(3):9-10.
98. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2015;1(175):53-65.
99. Yoo W, Shah DV, Shaw BR et al. The role of the family environment and computer-mediated social support on breast cancer patients' coping strategies. *J Health Commun* 2014;19(9):981-8.
100. Minna S, Liisa P, Lauri S et al. Social support and breast cancer: A comparative study of breast cancer survivors, women with mental depression, women with hypertension and healthy female controls. *The Breast* 2017;35:85-90.
101. Park J, Bae H, Jung S, Kim S. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer Nursing* 2012 ;35(1);34-41.
102. Ferreira B, Koifman R, Bergmann A. Quality of life in Brazilian women with breast cancer: association with the social environment. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2011;65(1):2-78.
103. Liu G, Wang S, Peng J, Qin T, Shi X, Teng Y. Interaction of social support and psychological stress on anxiety and depressive symptoms in breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2011;12: 2524-29.
104. Cousson F, Bruchon M, Dilhuydy M, Jutand A. Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study. *Psychosomatics* ,2007;48 (3):211-6.
105. Epplein M, Zheng Y, Zheng W et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *Journal of Clinical Oncology* 2011;29(4):406-412.
106. Hoyer M, Johansson B, Nordin et al. Health-related quality of life among women with breast cancer: a population-based study. *Acta Oncologica* 2011;50(7):1015-26.
107. Saboonchi F, Petersson L-M, Wennman-Larsen A, Alexanderson K, Vaez M. Trajectories of anxiety among women with breast cancer: A proxy for adjustment from acute to transitional survivorship. *Journal of psychosocial oncology* 2015;33(6):603-19.

108. Al-Ghazal S, Fallowfield L, Blamey R. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer* 2000;36(15):1938-43.
109. Mariam V, Sepideh O, Ali M. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010;45:355-61.
110. Yavaş G, Yılmaz T, Yuksel O. Meme kanserli hastaların hastalık süresi ve evrelerine göre yaşam kalitesi ve başa çıkma stilleri. VIII Ulusal Meme 101 Hastalıkları Kongresi, Kongre Özet Kitabı, İstanbul, 2005.
111. Bostancı Daştan N, Buzlu S .Depression and Anxiety Levels in Early Stage Turkish Breast Cancer Patients and Related Factors . *Asian Pacific J Cancer Prev* 2012;1:137-41.
112. Stephanie R, Burwell S.R., L. Douglas C, Carolyn K and Nancy E. Sexual Problems in Younger Women After Breast Cancer Surgery. *American Society of Clinical Oncology* 2006;24:2815-21.

EKLER

EK 1:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Adı ve soyadı:

2.Yaş:

3.Cinsiyet:

4.Medeni Durum;

- a)evli
- b)bekar
- c)boşanmış
- d>eşinden ayrı yaşıyor
- e)dul

5.Evinizde kimlerle yaşamaktasınız ?

- a)yalnız
- b)sadece eşinizle
- c>eş ve çocuklar
- d)anne ve baba
- e)diğer

6.Eğitim düzeyiniz:

- a)ilköğretim
- b)lise
- c)yüksek okul veya üniversite
- d)diğer

7.Sahip olduğunuz çocuk sayısı:

8.Yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı ?

- a)evet
- b)hayır

10.Çalışıyorsanız yapmakta olduğunuz işinizi belirtiniz

11.Ruhsal hastalık veya psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü

12.Ek tıbbi hastalık öyküsü

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> | <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> |
| <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> | <p>13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> |
| <p>3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> | <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> |
| <p>4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.</p> | <p>15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> |
| <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> | <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> |
| <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> | <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> |
| <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.</p> | <p>18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> |
| <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> | <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> |
| <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> | <p>20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> |
| <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.</p> | <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
| <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.</p> | |

Toplam BECK-D skoru:.....

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK-4: GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-5

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU:

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet



8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

ÇİFTLER UYUM ÖLÇECİ

Birçok insanın, ilişkilerinde anlaşmazlıklar vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin herbiri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen alt düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi						
2. Eğlenceyle ilgili konular						
3. Dini konular						
4. Muhabbet-sevgi gösterme						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel yaşam.....						
7. Geleneksellik (doğru veya uygun davranış)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Anne baba yada yakın arkadaşlarla ilişkiler						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı						
12. Temel kararların alınması						
13. Ev ile ilgili görevler						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları						
15. Mesleki kararlar						

1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi
2. Eğlenceyle ilgili konular
3. Dini konular
4. Muhabbet-sevgi gösterme
5. Arkadaşlar
6. Cinsel yaşam.....
7. Geleneksellik (doğru veya uygun davranış)
8. Yaşam felsefesi
9. Anne baba yada yakın arkadaşlarla ilişkiler
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı
12. Temel kararların alınması
13. Ev ile ilgili görevler
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları
15. Mesleki kararlar

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
16. Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı yada ilişkinizi bitirmeyi düşünür yada tartışırsınız?						
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz?						
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?						
19. Eşinize güvenir misiniz?.....						
20. Evlendiğiniz (ya da birlikte yaşadığınız) için hiç pişmanlık duydunuz mu?						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sınırlarına neden olursunuz?						

16. Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı yada ilişkinizi bitirmeyi düşünür yada tartışırsınız?
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz?
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?
19. Eşinize güvenir misiniz?.....
20. Evlendiğiniz (ya da birlikte yaşadığınız) için hiç pişmanlık duydunuz mu?
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?
22. Ne sıklıkla birbirinizin sınırlarına neden olursunuz?

Her gün	Hemen hemen her gün	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman

Hepsine	Çoğuna	Bazılarına	Çok azına	Hiçbirine

Hiçbir zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki kere	Günde bir defa	Günde birden fazla

23. Eşinizi öper misiniz?

24. Siz ve eşiniz ev dışı ilgilerinizin-etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?

25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak

26. Birlikte gülmek

27. Birşeyi sakince tartışmak

28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak

Eğer in bazı zamanlar anlaşabildikler bazen anlaşamadıklar konular vardır. Eğer aşağıdaki maddelere son birkaç hafta için de siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz. (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz.)

Evet	Hayır

29. Seks için çok yorgun olmak

30. Sevgi göstermemek

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki, "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyini en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

Aşırı mutsuz Oldukça mutsuz Az mutsuz Mutlu Oldukça mutlu Aşırı mutlu Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

A. İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiç birşey yoktur.

B. İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceğimin hepsini yapacağım.

C. İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.

D. İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.

E. İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.

F. İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürütmesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen Prof. Dr. Selçuk Kırılı , Prof. Dr. Aslı Sarandöl , Prof. Dr. Cengiz Akkaya , Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu ve Doç. Dr. S.Saygın Eker ' e minnet duyar teşekkürlerimi sunarım .

Rotasyonlarım boyunca eğitimime katkıları olan Nöroloji Anabilim Dalı ve Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyelerine , tezime katkılarından dolayı Radyasyon Onkolojisi öğretim üyesi Prof. Dr. Sibel Kahraman Çetintaş'a , asistanlığım süresince yanımda olan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli asistan arkadaşlarıma , tüm hemşire ve klinik personeline teşekkür ederim .

Eğitim hayatım boyunca bana destek olan ve her zaman yanımda olan annem , babam ve kardeşime , hayatımı paylaştığım sevgili eşime teşekkür ederim .

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Tokat'ta doğdum. Tokat İbn-i Kemal İlköğretim Okulu'nda ilk ve ortaöğretimimi tamamladım. Tokat Anadolu Lisesi'nde liseye devam ettim. 2007 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 'ne başladım ve 2013 yılında mezun oldum. 2013 yılında Tokat Devlet Hastanesi'nde mecburi hizmetime başladım. Haziran 2014 tarihinde halen devam etmekte olduğum Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapmaya başladım.

