



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
Y1HDK-YL-2008-0001**

**MEME KANSERLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI
KONUSUNDAKİ GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Banu KARAÖZ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hilmiye AKSU**

AYDIN-2008

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Banu KARAÖZ tarafından hazırlanan “**Meme Kanserli Kadınların Üreme Sağlığı Konusundaki Gereksinimlerinin Belirlenmesi**” başlıklı tez, 15/05/2008 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

1- Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

2- Yrd. Doç. Dr. Hilmiye AKSU

ADÜ, Aydın Sağlık Yüksekokulu

3- Yrd. Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

ADÜ, Aydın Sağlık Yüksekokulu

[Handwritten signatures of the jury members]

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıyla tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ülker EREN
Enstitü Müdürü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Santral : (256) 213 08 35 Direkt Telefon : 214 11 27

09100- AYDIN
*Fax : (256) 214 11 27

ÖNSÖZ

Kadın sağlığını yakından ilgilendiren kanserler içinde meme kanseri günümüzde rastlanma sıklığı oldukça yüksek olan bir kanser türüdür. Literatüre baktığımızda meme kanseri görülme yaşı hayli genç yaşlara doğru çekilmektedir. Değişen yaşam koşulları nedeni ile kadınların çalışmaları, iş hayatında olmaları daha çok görülmektedir. Yoğun iş hayatı ile paralel olarak evlilik yaşı oldukça yükselme eğilimindedir. Orta yaşlarda meme kanserinin görülmesi ile evliliklerin orta yaşa gelmesi tam anlamı ile çakışmıştır. Bu durumda meme kanserli bir kadın, kadın sağlığı ve üreme sağlığı açısından pek çok soru ile karşı karşıya kalmıştır. Bunlar gebelik, emzirme, cinsel yaşam, kontrasepsiyon, üreme sağlığı konularıdır.

Meme kanserindeki tanı yaşının giderek daha genç yaşlara doğru kayması kadınların üreme çağında olmalarından dolayı üreme sağlığı ile ilgili problemler ile karşılaşma riskini daha çok artırmaktadır. Üreme sağlığı ile ilgili problemler, kadına göre değişebilmekle beraber, gebeliği isteme veya gebelikten korunma, gebelik durumunda gebeliğin sürdürülmesi, doğum, doğum sonu dönem, emzirme, üreme sağlığını koruyucu davranışlar, sağlıklı cinsel yaşamını sürdürmedir. Kadınların bu konularda sağlık çalışanlarının yardımına gereksinimleri vardır. Bu gereksinimler eğitim, destek ve danışmanlık hizmetleri ile giderilebilir. Kadınlar gereksinimin karşılanamadığı durumlarda yardım alabileceği birimlere kadınlar yönlendirilmelidir. Sağlık çalışanları, meme kanserinde sadece sağ kalım durumuna odaklanmak yerine, kadınların yaşam kalitelerini yükseltmek için üreme sağlığı ile ilgili gereksinimlerini göz önünde bulundurmaları gerektiğini unutmamalıdır.

Bu çalışma ile, meme kanseri tanısı almış kadınların üreme sağlığı kapsamındaki gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruyucu davranışları konularındaki kişisel deneyimlerini incelemek ve meme kanserli kadınların gereksinimlerine ışık tutmak amaçlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Literatür Bilgisi.....	5
1.2. Üreme Sağlığı.....	5
1.3. Üreme Sağlığının Amacı.....	6
1.4. Üreme Sağlığı Kapsamındaki Hizmetler	7
1.5. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları	7
1.5.1. Cinsel Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi	7
1.5.2. Cinsel Şiddetin ve Cinsel Tacizin Önlenmesi	8
1.5.3. Aile Planlaması Danışmanlığı	8
1.5.4. Kürtajın Önlenmesi ve Tedavisi	8
1.5.5. İnfertilitenin Önlenmesi ve Tedavisi	8
1.5.6. Güvenli Annelik	9
1.5.7. Sorumlu Ebeveynlik	9
1.5.8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Üreme Organları Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Tedavisi	9
1.5.9. Menopoz ve Klimakterium Döneminde Danışmanlık	9
1.5.10. Üreme Organları ve Meme Kanserlerinin Erken Tanı ve Tedavisi	10
1.6. Meme Kanseri	10
1.7. Memenin Kadın İçin Anlamı	11
1.8. Meme Kanserinin Tarihçesi	12

1.9. Meme Kanserinin İnsidansı	12
1.10. Türkiye’de Meme Kanseri Sıklığı	13
1.11. Türkiye’de Meme Kanseri Tanılandığında Bulunduğu Evre	14
1.12. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	14
1.13. Meme Kanserinin Belirtileri	17
1.14. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri	18
1.15. Meme Kanserinde Evrelendirme	19
1.16. Meme Kanserinin Tedavisi	20
1.17. Meme Kanserinde Hemşirenin Rolü	23
2. GEREÇ VE YÖNTEM	26
2.1. Araştırmanın Tipi	26
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
2.3. Kullanılan Gereçler	27
2.3.1. Kadına İlişkin Bilgi Formu	27
2.4. Kullanılan Yöntem/Prosedür	27
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
2.6. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
2.7. Verilerin Toplanması ve Süresi	31
2.8. Verilerin Analizi	32
2.9. Araştırmanın Etiği	32
3. BULGULAR	33
3.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
3.2. Gebelik ve Doğum Öyküsüne İlişkin Bulgular	38
3.2.1. Son Bir Yıl İçerisinde Gebelik Geçirdiniz mi?	39
3.2.2. Gebelik İster misiniz?	39
3.2.3. Olası Bir Gebelik Durumunda Ne Yaptınız?	40
3.3. Emzirme Öyküsüne İlişkin Bulgular	41
3.3.1. Şu anda Gebeliğiniz Söz Konusu Olsa Doğum Sonu Dönemde Bebeğinizi Emzirir miydiniz?	42
3.4. Cinsel Aktivite Öyküsüne ve Cinsel Gereksinimlere İlişkin Bulgular	43
3.4.1. Meme Kanseri Tanısı Aldıktan Sonra Cinsel Yaşamınızda, Haftadaki İlişki Sayınızda Bir Değişiklik Oldu mu Olduysa Ne Gibi Değişiklikler oldu ?	44
3.5. Kontrasepsiyon Öyküsüne ve Kontraseptif Gereksinimlere İlişkin Bulgular	47
3.5.1. Kullandığınız Aile Planlaması Yönteminden Memnun musunuz?	48

3.5.2. Meme Kanseri Tanısı Aldıktan Sonra Aile Planlaması ve Karşılaşabileceğiniz Problemler İle İlgili Herhangi Bir Danışmanlık Aldınız mı?	50
3.6. Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlara ve Koruyucu Danışmanlığa İlişkin Bulgular	51
3.6.1. Pap Smear Testi Yaptırdınız mı?	52
3.6.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmasını Biliyor Musunuz, Bu Konuda Bilgi Aldınız mı?	53
3.6.3. Genital Sisteme İlişkin Sorun Yaşadınız mı?	56
4. TARTIŞMA	58
4.1. Gebelik ve Doğum Gereksinimlerinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların İncelenmesi	58
4.2. Emzirme Gereksinimlerinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların İncelenmesi	60
4.3. Cinsel Aktivite Gereksinimlerinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların İncelenmesi	61
4.4. Kontrasepsiyon Gereksinimlerinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların İncelenmesi	68
4.5. Üreme Sağlığını Koruyucu Davranış Gereksinimlerinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların İncelenmesi	71
5. SONUÇ	74
ÖZET	77
SUMMARY	78
KAYNAKLAR	79
ÖZGEÇMİŞ	87
TEŞEKKÜR	88

SİMGELER VE KISALTMALAR

AP	Aile Planlaması
BRCA1	Breast Cancer 1, Early Onset
BRCA2	Breast Cancer 2, Early Onset
CA	Kanser
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
IARC	International Agency on Cancer for Research
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
M.Ö.	Milattan önce
M.S.	Milattan sonra
RIA	Rahim İçi Araç

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 3.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Çizelge 3.2. Kadınların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Çizelge 3.3. Kadınların Aile Özelliklerinin Dağılımı	34
Çizelge 3.4. Kadınların Meme Kanseri Tanısına İlişkin Bulgularının Dağılımı	36
Çizelge 3.5. Kadınların Menstrüel Sikluslarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	37
Çizelge 3.6. Kadınların Gebelik ve Doğum Öyküsü Bulgularının Dağılımı	38
Çizelge 3.7. Kadınların Emzirme Öyküsü Bulgularının Dağılımı	41
Çizelge 3.8. Kadınların Cinsel Aktivite Öyküsüne ve Cinsel Gereksinimlere İlişkin Bulgularının Dağılımı	43
Çizelge 3.9. Kadınların Kontrasepsiyon Öyküsü ve Kontraseptif Gereksinimlere İlişkin Bulgularının Dağılımı	47
Çizelge 3.10. Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlara ve Koruyucu Danışmanlığa İlişki Bulgularının Dağılımı	51

EKLER DİZİNİ

		Sayfa
EK-I	Kadına İlişkin Bilgi Formu	89
EK-II	Etik Kurulu Onayı	97
EK-III	Etik Kurulu İzni	98
EK-III	Bilgilendirilmiş Olur Formu	99
EK-IV	Bilgilendirilmiş Olur Metni	100

1. GİRİŞ

Çağımızın önemli sağlık sorunlarından biri olan kanserin ülkemizde görülme sıklığı giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre; beş yaşından sonra, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ilk üç ölüm nedeninden birisinin kanser olduğu, tüm ölümlerin % 10'unun kanser nedeni ile meydana geldiği belirtilmektedir (Özer ve Karamanoğlu 2006, Karayurt ve ark 2008).

Meme dokusunda bulunan epitelyal kökenli hücrelerden kaynaklanan malin tümörlerin tümü genel olarak meme kanseri olarak adlandırılır (Aydın 2003). Dünyada her sekiz kadından biri meme kanserine yakalanmaktadır. Dünyada bu oran % 10'dan daha fazladır (Şirin ve Tanışır 2003). Batı dünyasında kanserden ölümler arasında, kadınlarda akciğer kanserinden sonra meme kanseri ikinci sırada yer almaktadır. Kadınlarda görülen kanserlerin % 30'unu ve kansere bağlı ölümlerin % 18'ini meme kanseri oluşturmaktadır (Özer ve Karamanoğlu 2006, Karayurt ve ark 2008).

Türkiye'de ise; T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2000 yılı verilerine göre kadınlarda meme kanseri insidansının yüz binde 10.02 olduğu ve meme kanserinin % 24.96'lık oran ile kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (Öztekin 2006).

DSÖ'nün geliştirdiği ve Kahire'de 1994'te toplanan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda onaylanan tanıma göre üreme sağlığı; üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumu şeklinde tanımlanmaktadır. Bir başka deyişle üreme sağlığı; üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olup; bireylerin doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine ve bu üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (Ertem ve Sevil 2006, Şimşek 2006, Turan 2006).

Üreme sağlığı hem kadınları hem erkekleri kapsayan bir kavramdır. Her iki cinse baktığımızda ise üreme sağlığı sorunları nedeniyle insan ömrü % 10-15 azalmakla birlikte kadınlar için yaşamlarını doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Bu etkilenme kadınlarda % 22 iken, erkeklerde ise sadece % 3 olduğu görülmektedir (Ertem ve Sevil 2006, Şimşek 2006, Turan 2006).

Kadın bedeninde kadınlığın ve cinselliğin belirgin sembollerinden ve kadın açısından son derece önemli bir organ olan memenin kanser nedeni ile cerrahi girişimle alınması kadının cinsellik, annelik, çekicilik duygularına ve beden imajına karşı bir tehdit oluşturmaktadır. Meme kanserinin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ya da hormonal tedavisi hastanın fiziksel sağlığını ve cinsel hayatını etkilediği belirtilmektedir (Çavdar 2006, Aslan ve Gürkan 2007). Dolayısıyla bu durumun sıklıkla kişinin zevk ve doyum duygusunda yetersizliğe ve sorunlara neden olabildiği belirtilmektedir (Nahcivan ve Seçginli 2003, Çavdar 2006). Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Gümüş 2006, Öztekin 2006).

Asya'da gerçekleştirilen çalışmalarda Takahashi ve Kai (2006), meme kanseri tedavisinden sonra cinselliği araştırdıkları çalışmalarında, kanser tanısının konulmasını izleyen dönemde cinselliğin ihmal edildiğini belirtmişlerdir. Ganz ve ark (1998), mastektomi uygulanan kadınların beden imajlarının konservatif meme tedavisi uygulananlardan daha bozuk olduğunu ve mastektomili kadınların giyimde/giysi seçiminde daha çok zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Henson (2006) yaptığı çalışmada ise, aktif kanser tedavisi altındaki hastaların % 82'si sağlık çalışanları ile seksüel endişelerini paylaştıklarını, geri kalan hasta grubu ise kanser tedavisi olurken cinselliğin akıllarına gelen en son şey olduğunu ifade etmişlerdir.

Wellisch (2006), tanı öncesi evlilik ilişkileri güçlü olan erkeklerin hastanede daha sık eşlerinin yanında olduğunu, daha çabuk seksüel aktivitelerine başladıklarını ve eşlerini çıplak görmede daha istekli olduklarını bildirmiştir.

Avis ve ark (2004), son 3.5 yıl içerisinde meme kanseri tanısı konulmuş 50 yaş ve altındaki 204 kadın ile meme kanseri hakkındaki problemleri belirlemek için yaptığı çalışmada en fazla göze çarpan sonuçlara bakıldığında; kadınların % 46.7'sinin vücutlarında meydana gelen değişiklikten rahatsızlık duyduğunu, % 40.7'sinin cinsel ilişki sırasında vajinal kayganlıkta güçlük yaşadığını, % 41.7'sinin cinselliğe ilgi duymadığını belirlemiştir. Kemoterapötik ajan olarak kullanılan Monoamine oxidase inhibitörleri ve benzodiazepinler, trisiklik antidepresanların vajinal lubrikasyon ve libidoda azalmaya sebep olabileceğini vurgulamıştır (Henson 2006). Ayrıca, ilaç uygulamaları, hormonal değişiklikler, aşırı yorgunluk ve kadınlarda nüks korkusunu da cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen diğer faktörler arasında ele almıştır (Henson 2006).

Gebelikten korunma kemoterapi alan hastalarda oldukça önemlidir. Meme kanserli hastalara kemoterapi başlandığı andan itibaren gebelikten korunmak için danışmanlık verilmelidir (Vale ve ark 1998). Meme kanseri yaklaşık 3000 gebelikte bir ortaya çıkan gebelik döneminin ve postpartum dönemin en sık görülen kanseridir. Gebelikte ve laktasyon döneminde oluşan memelerdeki hassasiyet ve büyüme, bu dönemde ortaya çıkan bir kitleyi ve dolayısı ile meme kanserinin tanısını engelleyebilmektedir (Henson 2006). Gebelik ve emzirme döneminde meme kanseri sıklığı % 0.2-3.8 olarak bildirilmektedir. Gebelik ve emzirmenin uzun dönemde meme kanserinden koruyucu etkilerinin olduğu iyi bilinmesine rağmen, erken dönemlerdeki, emzirmeye hazırlık amacıyla gerçekleşen değişikliklerle ilişkisi olup olmadığı halen araştırma konusudur (Meydan ve ark 2006).

Gebelikte ve laktasyon dönemindeki fizyolojik değişiklikler nedeniyle memede meydana gelebilecek patolojilerin tanınması ve tedavi edilmesi oldukça zordur. Planlanmayan bir gebelik ve bebeğin emzirilmesi meme kanserli kadınlarda korku oluşturabilir. Sadece kanserli memenin süt vermesinin biyolojik özelliğine konsantre olmanın yanında psikososyal boyutuna da konsantre olunmalıdır. Bunlar iyi bir anne olmanın emzirme ile eşit tutulmasına dair sosyal beklentilerdir. Meme kanserli kadınlarda üreme sağlığı konularındaki durumlarını anlama, tanı ve tedavilerini sağlamanın yanı sıra bu konulardaki algılamalarda genişletilmelidir (Connell ve ark 2006).

Aynı zamanda 30-40'lı yaşlarda meme kanseri görülme insidansı da artmaktadır. Gebelikle ilgili meme kanseri terimi, gebelik sırasında ya da gebeliği takiben bir yıl içinde görülen meme kanserlerini kapsamaktadır. Her 10 000-30 000 doğumdan birinde meme

kanseri görülmektedir (Meydan ve ark 2006). Kemoterapinin verileceği durumlarda da laktasyon engellenmelidir. Kural olarak, kemoterapi alan anne çocuğunu emzirmemelidir (Öztekin 2006).

Meme kanserli kadınlarda fertilitite durumu değiştikçe, fertilitite üzerine perspektifler değişir. Meme kanserinin tedavisinden sonra fertilitenin devamı veya geri dönüşüyle güvenli, etkili ve güvenilebilir gebelikten korunma konusu ve başarısız gebelikten korunma gündeme gelir (Connell ve ark 2006).

Son yıllarda çocuk sahibi olma yaşı kişisel ve mesleki nedenlerle 30-40'lı yaşlara geciktirilmektedir. Tüm bunların sonucunda, literatüre baktığımızda meme kanseri görülme yaşı hayli genç yaşlara doğru çekilmektedir. Değişen yaşam koşulları nedeni ile kadınların çalışmaları, iş hayatında olmaları, daha çok görülmektedir. Yoğun iş hayatı ile paralel evlilik yaşı oldukça yükselme eğilimindedir. Orta yaşlarda meme kanserinin görülmesi ile evliliklerin orta yaşa gelmesi tam anlamı ile çakışmıştır. Bu durumda meme kanserli bir kadın, kadın sağlığı ve üreme sağlığı açısından pek çok soru ile karşı karşıya kalmıştır. Bu konular gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruyucu davranışlarıdır.

Meme kanserinin oluşumu diğer aile üyelerini de dinamik olarak etkilemekte ve bir krize neden olmaktadır. Bu nedenle aile üyelerinin sorunla başa çıkmasına yardım etmede hemşirelere de büyük sorumluluklar düşmektedir (Kadmon ve ark 2004, Özbaş 2006).

Sağlık profesyonellerinin zaman sınırlılığı, bilgi eksikliği, cinsel sorunları görüşme ile ilgili kişisel anksiyeteleri, hastalar ile bu konuyu konuşmalarına ve çözüm üretmelerine engel olabilmektedir. Klinisyenlerin meme kanserli hastaların cinsel işlev bozuklukları, gebelikten korunma, gebelik ve emzirme ile ilgili konularda bilgi alma, yönlendirilme ve tedavi gereksinimlerinin farkında olmaları gerekmektedir (Henson 2006, Perez 2005).

Hemşireler meme kanserinde erken tanının önemini vurgularken Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), mamografi ve klinik muayenenin düzenli olarak yapılmasını sağlamalıdır. Tedavi döneminde hemşirenin hastayı, kendisini gebelikten korunma, gebelik, üreme sağlığı, emzirme, cinsel yaşam konularında nelerin beklediğini ve bu dönemin daha rahat geçirilebilmesi için yapabilecekleri konusunda bilgilendirmesi gerekir.

Hastaya aldığı tedavinin (kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi) istenmeyen etkileri ve bu etkileri azaltma yöntemlerine ilişkin bilgi vermelidir (Karamanoğlu ve Özer 2008).

Bu çalışmanın amacı; meme kanseri tanısı almış kadınların üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerini belirlemektir. Gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruma davranışları gibi konulardaki kişisel deneyimlerini incelenmesi, üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

1.1. Literatür Bilgisi

1.2. Üreme sağlığı

DSÖ düzenlediği ve Kahire’de 1994’te toplanan Dünya Nüfus ve Kalkınma konferansı’nda onaylanan tanıma göre üreme sağlığı; üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Bir başka deyişle üreme sağlığı; üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olup; bireylerin doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması; üreme yeteneğine sahip olmaları; üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (Ertem ve Sevil 2006, Şimşek 2006, Turan 2006).

Bu terim, kadın üremesi, doğurganlık, ana-çocuk bakımı, AP (aile planlaması) gibi daha eski yaklaşım ve terimleri de kapsayan, dahası üremeyi ve onun sonuçlarını değerlendirmede kadın ve erkeği eşit konuma getirmeye çalışan anlayışın yansımasıdır (Akın 2003).

Üreme sağlığı hem kadınları hem erkekleri kapsayan bir kavramdır. Ancak kadınlar için yaşamlarını doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Üreme sağlığı sorunları nedeniyle insan ömrü % 10-15 azalmaktadır. Ancak bu etkilenme kadınlarda % 22 iken, erkeklerde ise sadece % 3’tür (Ertem ve Sevil 2006, Şimşek 2006, Turan 2006). Özellikle üreme eyleminin kadının bedeninde gerçekleşmesi, doğum, lohusalık ve emzirme işlerinden biyolojik olarak kadınların sorumlu olması gibi nedenler kadına üreme ile ilgili oldukça

belirleyici bir sorumluluk yüklemektedir. Ayrıca üreme ve sonuçları, kadınların, toplumsal konularının belirlenmesinde doğrudan etkili olduğu için de bu konu özel bir önem taşımaktadır (Ertem ve Sevil 2006, Şimşek 2006, Turan 2006).

Kadın ve erkeğin biyolojik farklılığı, onların farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmasının da temelini oluşturmaktadır. Kadının fizyolojisine bağlı olarak ortaya çıkan gebelik ve doğum süreçleri ya da doğurganlığın sona ermesiyle kadında ortaya çıkan yeni dönem ya da menopoz ve bu doğal süreçlerin kendilerine özgü hastalıklarının bulunması bu farklılığın ilk bakışta sayabileceğimiz yönleri arasındadır. Ayrıca kadın fizyolojisinden kaynaklanan durumlarda ortaya çıkan ve üreme organlarının oldukça ciddi seyreden hastalıklarının olması; kadınlardaki bazı hastalıkların ve durumların yaşa göre değişen farklı risk grubunu oluşturması gibi nedenlerle, kadınlara özgü sağlık sorunlarının ayrıca ele alınması ve bu konuda özgün yaklaşımların bulunması gerektiği söylenebilir (Akın 2003, Acar 2000, Speer ve ark 2005).

1.3. Üreme sağlığının amacı

Kadın ve erkeğin bilinçli ve sorumlu olarak, istediği zaman ve aralıklarla çocuk sahibi olma kararını özgürce verebilmeleri, bu kararı uygularken kendi seçtikleri, yasalara aykırı olmayan, bulunabilir, yaşamlarını tehlikeye sokmayan, ödenebilir bir doğum kontrol yöntemine ulaşabilmeleri, istedikleri zaman sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci yaşayabilmeleri için gerekli, yeterli ve sürekli bir hizmetin kendilerine verilmesi haklarını içerir (Akın 1998, Akın 2003).

Dolayısıyla üreme sağlığı, üreme sağlığı ve AP ile ilgili gereksinimlerin karşılanmasına yardımcı olmak, istenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik ve gebeliğe bağlı hastalık ve ölümleri azaltmak, emzirmeye teşvik etmek, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan, kişilerarası ilişkileri geliştirecek ve yaşamı renklendirecek bir cinselliğin gelişmesini sağlamak, erkeklerin katılımını sağlamak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak, bireylerin sağlıklı üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak üzere gereksinim duydukları bilgi eğitim ve hizmetlere ulaşmasını sağlamak, gençlere bilinçli, sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirme, hizmet, danışmanlık

sağlamak, erken yaşta gebelikleri azaltmak, kadının toplum içindeki yerini geliştirmek amaçlarını güder (Ertem ve Sevil 2005).

1.4. Üreme sağlığı kapsamındaki hizmetler

Bu hizmetler ergenlikten yaşlılığa kadar bütüncül bir yaklaşımla, kadın-erkek tüm bireylerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu hizmetler sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme, eğitim, iletişim, yaygın AP hizmetleri, AP bilgilendirme, eğitim, iletişim ve danışmanlık, etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik, “doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme”, genital yol enfeksiyonlarının etkin kontrolü ve tedavisi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve mücadele, infertilitenin önlenmesi ve tedavisi, güvenli olmayan düşüklerle son verilmesi ve düşüğe bağlı komplikasyonlarda gerekenin yapılması, üreme organlarının malinitelerinin önlenmesi, erken tanı ve tedavisi, beslenme, bebek ve çocuk sağlığı, ergen sağlığı ve cinselliği, kadının sağlıklı yaşlanması (postmenopozal kadın), çevresel faktörlerin düzenlenmesi, sosyal-kültürel davranışsal faktörlerin düzenlenmesidir (Taşkın 2004, Narin 2004).

1.5. Üreme sağlığı hizmetlerinin amaçları

1.5.1. Cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesi

Cinsel sağlığın amacı kadın ve erkeğin üreme organlarının zarar görmemesi, sakat ve hasta olmamasının yanı sıra; üreme özelliğini özgür ve bilinçli olarak kullanma yeteneğine ve karşılıklı sevgi ve saygıya dayanan eşitlikçi, güvenli, sorumlu ve doyurucu bir cinsel yaşama sahip olması ve bunu sürdürebilmesidir (Şimşek 2005, Ertem ve Sevil 2005)

1.5.2. Cinsel şiddetin ve cinsel tacizin önlenmesi

Fiziksel ve psikolojik taciz dahil, cinsel ve cinselliğe dayalı şiddetin (evlilik içi tecavüz, kız çocuklarının cinsel istismarı, başlık parasına bağlı ölümler, kız çocuklarının sünnet edilmesi), küreselleşme ve yeni teknolojiler artan kadın ve kız çocuğu ticareti ve tacizin diğer türleriyle cinsel istismarın önlenmesi ve sorun yaşandığında uygun girişimlerin planlanmasıdır (Taşkın 2004, Şimşek 2005).

1.5.3. AP danışmanlığı

Çiftlerin ve bireylerin çocuklarının sayısı ve sıklığı konusunda özgürce ve güvenilir bir şekilde karar vermelerini, bunu yapacak bilgi ve araçlara sahip olmalarını, tercihlerini yeterli bilgiyle yapmalarını, güvenli ve etkili yöntemlerin her çeşidine erişebilmeyi sağlamaktadır (Şimşek 2005).

1.5.4. Kürtajın önlenmesi ve tedavisi

Kürtajın AP yöntemi olarak seçilmesinin yanlışlığı konusunda bilinçlendirilmesini, gerektiğinde uygun koşullarda kürtajın yapılmasını ve danışmanlık hizmeti verilmesini, sağlıklı koşullarda yapılan kürtajın neden olduğu komplikasyonları önleyecek hizmetin verilmesini sağlamak bu hizmetin amacıdır (Şimşek 2005).

1.5.5. İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi

Tüm dünyada halen 80 milyondan fazla çiftin infertilite sorunu olduğu tahmin edilmektedir. Genel olarak 10 çiftten birisi primer veya sekonder infertilite sorunu ile karşılaşmakta ve gelişmekte olan ülkelerde bu sorunun boyutları daha fazla dikkati çekmektedir. Bu hizmetin amacı infertiliteye neden olan sorunlar hakkında toplumu bilgilendirmek, yanlış inanç ve davranışları ortadan kaldırmak, infertil çiftlerin çocuk sahibi olabilmeleri için gerekli tanı, tedavi ve danışmanlık hizmetlerini vermektir (Şimşek 2005).

1.5.6. Güvenli annelik

Bu hizmetin amacı kadınların sağlığını ve güvenli anneliği yaygınlaştırmak, anne hastalık ve ölümlerinde hızlı bir azalma sağlamak ve gelişmekte olan ölkelerle gelişmiş ölkeler arasında ve içinde gözlenen farklılıkları azaltmak, kadınların sağlığına ve refahına ilişkin yükümlölükleri temel olarak güvenli olmayan düşükten kaynaklanan hastalık ve ölümlerin sayısını azaltmak, özellikle gebe ve emziren kadınların sağlık ve beslenme koşullarını iyileştirmektir (Taşkın 2004, şimşek 2005).

1.5.7. Sorumlu ebeveynlik

Evli çiftlerin anne baba olmaya hazırlanması, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, bebeğin ihtiyaçlarının sağlanması ve gelişme süreci ile ilgili bilgilerin öğretilmesi desteklenmesi ve bilinçlendirilmesidir (şimşek 2005).

1.5.8. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme organları enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme organları enfeksiyonları konusunda bireylerin bilinçlendirilmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesidir (Taşkın 2004, şimşek 2005).

1.5.9. Menopoz ve klimakterium döneminde danışmanlık

Beklenen yaşam sürelerinin uzaması nedeniyle kadınların yaşamlarını 1/3'ünü menopoz döneminde geçirdiği, bu dönemin yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile uygun tedavi ve danışmanlık hizmetinin verilmesinin sağlanmasıdır (Taşkın 2004, şimşek 2005).

1.5.10. Üreme organları ve meme kanserlerinin erken tanı ve tedavisi

Kadın üreme sistemine ait görülen kanserlerin erken tanı ve tedavisinin sağlanması, hazırlayıcı faktörler yönünden çiftlerin bilinçlendirilmesi ve danışmanlık hizmetinin verilmesinin sağlanmasıdır (Taşkın 2004, Şimşek 2005).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı ve Ulusal Kanser Danışma Kurulu ve bu kurumlara bağlı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Kurulu, ülkemizde meme kanserinin erken tanısı, kaydedilmesi ve etkin tedavisi için çalışmalar yapmaktadırlar. Bu kurul Meme Dernekleri Koordinasyon Kurulu, Türk Patoloji Derneği, Hemşirelik Dernekleri ve İl Sağlık Müdürlükleri ile birlikte Meme Kanseri Merkezlerinin kurulması ve işleyişi ile ilgili protokoller hazırlamıştır (Özmen 2006, Haydaroğlu 2007a).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 01.07.2005 tarihli bir yönetmelik ile 41 ilde bu merkezlerin kurulması için çalışmalar başlatmıştır. 2006 yılında çıkarılan bir kanunla, 50 yaşının üzerinde, ekonomik durumu kötü ve hiçbir sosyal güvencesi olmayan kadınlara ücretsiz mamografi çekilmektedir. Bu merkezlerde, bilimsel verilere dayalı, ekonomik, kültürel, sosyal ve dini yapıya uygun bir tarama programı uygulanacaktır. Bu tarama programı, Türkiye’de meme kanserinin erken tanısı ve 50 yaş altı kadınlarda meme kanseri mortalitesini % 30 azaltmayı amaçlamaktadır (Özmen 2006).

1.6. Meme kanseri

Kanser sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması nedeni ile kanser önemli bir sağlık sorunudur (Okanlı 2004). Yirminci yüzyılın başlarında insanların ölüm nedenleri arasında yedinci sekizinci sırada yer alan kanser, günümüzde kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Özyılkan 2004). DSÖ dünyada her yıl yedi milyon insanın kanser nedeniyle öldüğünü belirtmektedir. İnsanların dörtte biri yaşamları boyunca bir gün kansere yakalanmaktadırlar. Erkeklerde kanser nedeniyle ölümlerin başında akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseri gelmektedir (Key ve ark 2001).

Kadınlarda meme kanserinin sıklığı, taranabilir olması nedeni ile toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Meme kanserinin erken teşhisi hayatta kalma oranını

arttırır. Meme kanserinin erken tanısını sağlamak amacıyla 20 yaşından başlayarak her ay KKMM, 20-40 yaşlar arasında üç yılda bir, 40 yaş üzeri her yıl klinik meme muayenesi, 40 yaşında bir tarama mamografisi, 40-49 yaş 1-2 yılda bir, 50 yaşın üzerinde ise her yıl mamografi yapılmalıdır. Birçok tümör kadının KKMM yaparak saptanabilir. Memedeki kitlelerin % 90'nını kadınların kendisinin saptadığı ve bu kitlelerin % 25'inin malignansi olduğu bilinmektedir (Pişkin 2007). Günümüzde kanser düşüncesi çoğu insanda korkuya neden olmakla birlikte tam ve tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle, erken tanı konulduğunda çoğu kişinin yaşam süresi uzatılabilmektedir (Çadır ve ark 2004).

1.7. Memenin kadın için anlamı

Kadın memesi bütün uygarlıklarda hem estetik, hem bereket simgesi olarak kabul edilmiştir. Meme putperest heykellerinde bereket, doğurganlık ve verimlilik sembolü olarak vurgulanmıştır (Çevik 2003, Aydın 2003). Ana tanrıça Artemis'in heykeli çok memelidir. Bu heykeldeki 17-40 arasında değişen meme sayısı bolluk ve bereket anlamına gelmektedir. Anadolu uygarlıklarında büyük memeli ve geniş kalçalı kadın imajı doğurganlık ve bereketi temsil etmektedir (Okanlı 2004).

Günümüzde ise kadınlar, memenin vücutlarının saklı ve gizemli bir parçası olduğuna inandırılarak yetiştirilmektedir. Görülmesi, dokunulması ve açıktan konuşulmasının toplumsal bir tabu olduğu kabul edilir. Ergenlikle birlikte kadınlığın sembolü olarak kabul edilirken, bebek için beslenme, karşı cins için ise cinsellik işlevi kazanır (Ferrell ve ark 1998, Kilpatrick ve ark 1998).

Kadın bedeninde kadınlığın ve cinselliğin belirgin sembollerinden ve kadın açısından son derece önemli bir organ olan memenin kanser nedeni ile cerrahi girişimle alınması kadının cinsellik, annelik, çekicilik duygularına ve beden imajına karşı bir tehdit oluşturmaktadır (Çavdar 2006).

1.8. Meme kanserinin tarihçesi

Meme kanserinin tarihi çok eskiye dayanmaktadır. M.Ö. 3000-2500 yıllarında hekim İmhotep tarafından meme kitlelerinden bahsedilmiş ve tedavisinin olmadığı söylenmiştir. Meme apsesi ve kistleri için kızgın metal ile koterizasyon yapıldığı aynı dokümanda belirtilmektedir (Okanlı 2004).

M.Ö. 460-370'de ilk defa Hippocrates tarafından "karkinoma" terimi kullanılmış ve "tüm vücudu etkiler, uzaklara gider, iyileşmez ve hasta bu nedenle ölür denmiştir". Bu metastatik meme kanseri hakkında ilk bilgidir (Çevik 2003).

M.S. 180 yılına ait bir dokümanda mastektomiden bahsedilmektedir. 1852-1922 yılları arasında yaşayan William Steward Haisted meme kanserinde standart cerrahi tedavi ilkelerini ileri sürmüştür. Bu teknik Radikal mastektomi olarak anılmaktadır (Çevik 2003).

Virchow'un, kanserin primer neoplazmdan geliştiğini belirtmesinden sonra erken tanı ve daha sınırlı cerrahi gelişim arayışları başlamıştır. Patey 1948'de, Modifiye Radikal Mastektomi ameliyatını tarif etmiştir (Aygin ve Durat 2006).

1.9. Meme kanserinin insidansı

DSÖ'nün 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796 000 yeni meme kanserli olgu ve 314.000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine DSÖ'ye bağlı International Agency on Cancer for Research'ün (IARC) 2002 yılındaki değerlendirmesinde; 1 152 000 yeni meme kanserli olgu ve 411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. Bu 12 yıllık süre içerisinde, meme kanserinin sıklık ve mortalite oranlarında % 25'lik artış görülmektedir (Özmen 2006).

Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde % 73 iken, gelişmekte olan ülkelerde % 53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Meme kanseri mortalite oranı; gelişmiş olan ülkelerde % 30 (190 000 ölüm / 636 000 olgu), az gelişmiş ülkelerde ise % 43'dür (Özmen 2006).

Meme kanseri kadınlarda görülen kanserlerin başında gelmektedir. Yaşamları boyunca her sekiz kadından biri meme kanserine yakalanmaktadır (Öztekin 2006). Hastalık 20 yaşın altında nadir görülmektedir. 30 yaşından sonra artmaya başlamaktadır. Menopoza giriş yaşı olan 45-55 yaşları arasında artış oranında duraklama görülür. 55 yaşından sonra insidans giderek yükselmektedir. Kadın erkek oranı ise % 1'dir (Özmen 2006).

Amerika ve Kanada'da sekiz kadından biri, Avusturalya'da 13 kadından biri ve Japonya'da 50 kadından biri yaşamlarının herhangi bir döneminde meme kanseri olma ihtimali ile karşı karşıyadır (Özmen 2006). Türkiye'de kanser görülme insidansı erkeklerde yüz binde 48.30, kadınlarda ise yüz binde 30.38'dir. Kadınlarda meme kanseri görülme insidansı % 24.10'dur (Özmen 2006).

Meme kanseri, erkeklerde saptanan tüm organ kanserlerinin %1'inden azını oluşturur. Erkeklerde meme kanseri kadınlara göre 146 kat daha az sıklıkta görülür. Yıllık görülme insidansı 1/100.000'dir. Yıllık ortalama 1400 erkek meme kanseri olgusu ve buna bağlı 250 ölüm gerçekleştiği bildirilmektedir (Sevinç ve ark 2007).

En sık görülme yaşı kadınlara göre 6-11 yaş daha ileri olup 60-65'tir. Erkek meme kanserlerinin % 1'i 30 yaş altında, % 6'sı ise 40 yaş altında görülmekte olup, 85 yaş ve üzerinde ise bu oran yüz binde 11'e kadar çıkmaktadır (Sevinç ve ark 2007).

1.10. Türkiye'de meme kanseri sıklığı

Ülkemizde henüz düzenli bir meme kanseri kayıt programı olmadığından, sıklığının kesin olarak belirlenmesi güçtür. Ancak mevcut verilere göre, doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde ise 50/100.000 oranında bir sıklığın olduğu tahmin edilmektedir. Bu sıklık farkı, batı Türkiye'deki yaşamın Avrupa'dakine benzerliğinden kaynaklanmaktadır. Kadınlardaki dört kanserden biri memede yerleşmekte olup, meme kanseri en sık kanserden ölüm nedenidir (Özmen 2006).

1.11. Türkiye’de meme kanseri tanıldığında bulunduğu evre

Doğu Anadolu’da tanı sırasındaki evrenin daha çok lokal, ileri ve metastatik meme kanseri olduğunu söyleyebiliriz. Dicle Üniversitesi’nde yapılan bir çalışmada, evre I,II meme kanseri oranı % 21, evre III, IV meme kanseri oranı ise % 79’dur (Özmen 2006). İstanbul Tıp Fakültesi Meme Ünitesi’ndeki verilere göre evre I,II meme kanseri oranı % 83 olup, bu oran batı ülkelerindekine benzerdir. Antalya ve İzmir’de de erken evre meme kanseri oranı % 50’den fazladır. Bu bölgesel farklılık, eğitim, ekonomik nedenler, muayene ve mamografi olanaklarının daha fazla olması, menopoz klinikleri ve halkın öncelikleri ile ilgili olabilir (Özmen 2006).

1.12. Meme kanserinin etiyolojisi ve risk faktörleri

a. Endokrin Faktörler

Meme kanserinin menarş, menopoz ve ilk hamilelik yaşıyla ilgili olduğu belirtilmektedir. Erken menarş geç menopoz söz konusu ise meme kanseri sıklığı artmaktadır. Ayrıca 35 yaşından önce ooforektomi nedeniyle menopoza giren kadınlarda risk azalmaktadır (Schlesselman 2004).

Hiç doğum yapmamış kadınlarda doğum yapmış kadınlara göre meme kanser riski daha fazladır. Ayrıca ilk doğum yaşının da meme kanseri üzerinde etkili olduğu söylenmektedir. İlk doğumunu 18 yaşından önce yapan kadınlarda, 30 yaşından sonra yapan kadınlara göre riskin daha düşük olduğu saptanmıştır. Doğum sayısının meme kanseri sıklığı üzerine olan etkisi belirlenememiştir (Sauerbrei ve ark 1998).

Postmenopozal dönemde tedavi için kullanılan östrojenin meme kanseri riskini arttırdığı ileri sürülmektedir. Günlük dozların yüksek olmasına kümülatif dozların etkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle proliferatif benin meme tümörü olanlarda bu etki daha fazladır. Ayrıca oral ya da enjekte edilebilen kontraseptiflerin ilk doğumdan önce uzun süre kullanan kadınlarda meme kanser riskinin arttığı belirtilmektedir (Key ve ark 2001, Deligeoroglou ve ark 2003).

b. Aile Öyküsü

Birinci derece yakınlarında (annesi, anneannesi, teyzeleri, kız kardeşleri) meme kanseri olanlarda risk 2-3 kez daha fazladır (Westhoff 1999). Meme kanseri olan bir kişinin annesinde hastalığın ortaya çıkma riski 8.8 iken; bu oran kız kardeşinde 2.7, kızında ise 4.6'dır (Pişkin 2007).

c. Genetik Faktörler

Tüm meme kanserlerinin sadece % 10-15'i kalıtsal kaynaklıdır (Pişkin 2007). BRCA1 (breast cancer 1, early onset), meme ve over kanserlerine eğilimi arttıran spesifik bir gendir. Bu gen kalıtımla geçen meme kanserlerinin önemli bir kısmından sorumludur. Son yıllarda meme kanserine eğilimli genlerden ikincisi BRCA2 (breast cancer 1, early onset)' dir. BRCA2' deki mutasyonların, BRCA1 ile ilgili olmayan kalıtsal meme kanserlerinin % 70'inden sorumlu olduğu ve erkek meme kanserinde de risk artışıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Pişkin 2007). Ailede meme kanseri öyküsü olması, BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde ve P53 geninde mutasyon olması meme kanseri riskini artırmaktadır (Pişkin 2007).

d. Çevresel Faktörler

Meme kanseri insidansı dünyanın çeşitli ülkelerinde farklıdır, insidans Asya'da ve üçüncü Dünya ülkelerinde zengin ülkelere göre daha düşüktür (Michels ve ark 1996a).

e. Diyet

Meme kanserli kadınlara bakıldığında diğer kadınlara göre kilolu olduğu görülmektedir (Türkdemir 2004). Laboratuvar çalışmalarında yağdan zengin beslenen farelerde meme kanseri insidansı yüksek olduğu görülmüştür. Yağdan zengin diyetlerin tümör gelişimini stimüle edici etkisinin, kısmen kalori mekanizmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Fazla miktarda yağ ile beslenmenin deney hayvanlarda meme tümörü gelişimini stimüle ettiği kanıtlanmıştır. Buna dayanılarak insanlarda da fazla yağlı diyetlerin meme kanseri riskini arttırdığı söylenmektedir (Türkdemir 2004).

f. Alkol

Alkol kullanımının meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Çeşitli çalışma sonuçlarına bakıldığında günlük alınan alkol miktarının artışı ile rölatif riskin de arttığı görülmektedir, 30 yaşından önce alkol kullanan bir kadında meme kanseri oluşma riskinin, daha ileri yaşta alkol kullanan kadına göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Pişkin 2007).

g. Radyasyon

Radyasyonun meme kanseri üzerine etkisini, atom bombasından sonra sağ kalan Japonlar ile tüberküloz ya da selim hastalıklar için radyoterapi uygulanan kadınlar üzerinde yapılan incelemeler göstermektedir. Toraks duvarının yüksek dozda radyasyona maruz kalması meme kanseri riskini arttırmaktadır. Meme kanserinde tanı yöntemi olarak kullanılan mamografinin son yıllarda daha güvenilir hale getirildiği ve düşük dozda radyasyon içerdiği belirtilmektedir (Likis 2002).

h. Daha Önceden Meme Kanseri ve Selim Meme Hastalığı Geçirmiş Olmak

Daha önceden bir memede kanser oluşmuşsa, diğer memede de kanser olma olasılığı yüksektir. Diğer memenin de kanser olma olasılığının % 25-30'u geçmeyeceği belirtilmektedir (Layde ve ark 2004).

Selim meme hastalığı geçiren kadınların ise, biyopsi sonucuna göre değerlendirilmesinin gerektiği belirtilmektedir. Örneğin meme biyopsilerinde sadece nonproliferatif lezyon bulunan kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin, genel popülasyondaki kadınlardan fazla olmadığı belirtilmektedir. Hüresel proliferasyon bulunan kadınlarda riskin orta derecede arttığı, proliferatif patern atipik hiperplazi ile birlikte ise riskin çok yüksek olduğu görülmektedir (Farina ve ark 2006).

i. Sosyoekonomik Durum

Meme kanseri görülme sıklığı açısından, sosyoekonomik durumu incelendiğinde sosyoekonomik durumu yüksek kadınlarda düşük olanlara oranla meme kanserinin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Bunun nedenin de sosyoekonomik

durumu yüksek kadınların geç ya da hiç doğum yapmamaları, yağdan zengin beslenmeleri ve alkol kullanmalarının olabileceği düşünülmektedir (Pişkin 2007).

1.13. Meme kanserinin belirtileri

Meme kanserinde diğer kanserlerdeki gibi halsizlik, iştahsızlık, bulantı-kusma, kilo kaybı gibi genel belirtilerin yanı sıra genellikle % 70 olarak ilk belirti memede ele sertlik ya da kitlenin gelmesidir. Tespit edilen kitle genellikle ağrısız ve hareketsizdir. Meme kanserinin geç dönemlerinde ağrı ortaya çıkabilir. Kitle 1-2 cm büyüklüğünde olabilir. Tek taraflı ve sürekli. Sınırları kısmen belirlenebilir. Şekilsiz ve zor palpe edilebilir özelliktedir (Untch 2006).

Memede elle hissedilebilen bir kitle yokken hastalık, meme başından akıntı gelmesi ya da rejyonal lenf nodlarına metastaz ile de kendini gösterebilmektedir. Eğer akıntı olursa genellikle tek taraflı olarak görülür. Genellikle kanlıdır, seröz-kanlı da olabilir. Akıntı spontandır. Nadir olarak memede ağrı görülebilmektedir (Özmen 2006).

Forgue belirtisi görülebilir. Tümör taşıyan memenin yukarıda, dik ve dolgun olması anlamına gelir. Memenin üst kadrındaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olur (Meydan ve ark 2006).

Ayrıca meme dokusunun portakal kabuğu görünümünde olması durumu olabilir. Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeyel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır. Lenf dolaşımı bozulur ve deride ödem oluşur. Ayrıca lenf akımının yavaşlaması deri ve deri altı dokusunun beslenmemesine neden olur. Deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve bu durum portakal kabuğu görünümü kazandırır (Koyuncu ve Canbay 2002).

Meme dokusunda gamzeleşme görüntüsünün olması bir kitle belirtisi olabilir. Tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda meme başında retraksiyon veya çökme meydana gelir. Kanser ilerleyen dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada musculus pectoralis, göğüs duvarına ve deriye ulaşması sonucunda deride ülserasyon ve eritem meydana gelir (Koyuncu ve Canbay 2002).

“Mastalji” meme dokusundan kaynaklanan ağrıyı tanımlamaktadır. Mastalji, meme ile ilgili şikayetler ile hekime başvuran kadınların önde gelen yakınmalarından biri olmasına rağmen, halen yeterince iyi tanınmayan bir belirtidir (Hocaoğlu 2007, Farina ve ark 2006). Ekicinin yaptığı çalışmasında kadınların % 66’sında meme ağrısı olduğu belirlenmiş ve bunların % 21’i de ağrılarının şiddetli olduğunu dile getirmiştir. Ancak bu kadınların sadece yarısı bu nedenle bir hekime başvurmuştur (Ekici ve Utkualp 2007).

1.14. Meme kanserinde tanı yöntemleri

Meme kanseri erken tanı konulduğunda tedavi edilebilir bir hastalıktır. Bu açıdan erken tanı yöntemlerini bilmek önem taşır. Meme kanserinde tanı anamnez, fizik muayene, ultrasonografi, mamografi, sitolojik inceleme, manyetik rezonans görüntüleme ve biyopsi yardımıyla konur (Haydaroğlu 2007b)

Anamnez; Tanısal değerlendirme iyi bir anamnez ile başlar. Hastanın yaşı, hangi şikayetler ile başvurduğu, ailesinde meme kanser varlığı, menarş yaşı, adet düzeni, menopoz yaşı, ilk doğumunu kaç yaşında yaptığı, oral kontraseptif kullanıp kullanmadığı ve daha önceden meme hastalığı geçirip geçirmediği gibi konular sorgulanmalıdır (Meydan ve ark 2006).

Fizik muayene; İncelemeyle, memelerin büyüklüğü, simetrisi, üzerinin ve kenarlarının görünümü, deride renk değişikliği, retraksiyon, ödem, ülserasyon ve meme başlarına bakılır. Palpasyonla, memeler elle incelenerek kitle aranır. Kitlenin çapı, şekli, yoğunluğu, mobilitesi, sınırları, lokalizasyonu, yumuşaklığı tespit edilir. Aksiler ve supraklaviküler lenf nodları muayane edilir (Nahcivan ve Seçginli 2003, Fortunato ve Drago 2006).

Mamografi; memede ele gelen bir kitle tespit edilmeden önce kanseri belirlemenin en iyi yolu mamografi tekniğidir. Düşük doz X ışını ile meme dokusu görüntülenmektedir (Paci ve Roselli 2006).

Sitoloji; meme başından gelen akıntıdan kanser hücresi aranması yöntemidir (Garibaldi 2001).

Ultrasonografi; ses dalgalarından yararlanılarak memenin görüntülenmesidir.

Ultrasonografinin endikasyonları şu şekilde sıralanabilir: Solid ya da kistik ayırımı, yoğun memelerde mamografide saptanamayan palpabl kitleler, lokalizasyonu nedeniyle mamografide belirlenemeyen kitleler, lenf nodlarının değerlendirilmesi, girişimsel radyolojide rehberliktir (Bolis 2005, Paci ve Roselli 2006).

Manyetik rezonans görüntüleme; mamografide klinik olarak tanı konulamayan, erken meme kanserinin saptanmasında ve meme kanseri taramasında kullanılan duyarlılığı yüksek bir görüntüleme yöntemidir. Ancak ekonomik olmaması ve bazı sınırlılıkları nedeniyle rutin olarak kullanılmamaktadır (Haydaroğlu 2007b).

Biyopsi; Meme kanserinde kesin teşhis biyopsi ile konur. Biyopsi memede her palpe edilen kitlede ve meme başından devamlı akıntı varlığında (gebelik ve laktasyon dışında) yapılmalıdır (Sevil ve Ünsal 2002, Garibaldi 2001). Meme biyopsisi çeşitleri şunlardır:

- **İnsizyonel biyopsi;** Kitlenin tamamı çıkarılmadan yalnızca örnek doku parçasının alınmasıdır. Genellikle daha sonra mastektomi yapılması düşünülen, inoperabl olan veya hormon reseptör tedavisinde reseptör tayini için kullanılır.
- **Eksizyonel biyopsi:** Kitlenin tümünün çıkarılarak histopatolojik olarak incelenmesidir. Genellikle küçük, benin ve tamamı tedavi edilebilir lezyonlarda kullanılır.
- **İnce iğne aspirasyon biyopsisi:** İnce bir iğne ile lezyonun içine girilir. İğneye boş bir enjektör takılarak vakum yaptırılarak hücre alınması prensibine dayanır. Alınan materyal lama püskürtülerek sitolojik olarak incelenir (Bolis 2005, Alkan 2002).

1.15. Meme kanserinde evrelendirme

Meme kanserinde evrelendirmenin yapılması tedaviye yön vermesi açısından önemlidir. En çok kullanılan sistem TNM sınıflandırma sistemidir. Bu evrelendirme sistemi aşağıdaki gibi sınıflandırılır (Budakoğlu ve Maral 2004, Haydaroğlu 2007a).

T: Primer Tümör

T₁: Tümörün çapı 2 cm'den küçük

T₂: Tümörün çapı 2-5 cm arasında

T₃: Tümörün çapı 5 cm'den büyük

T₄: Göğüs duvarına (pektoralis majör hariç) veya deriye yayılmış herhangi bir tümör

N: Bölgesel Lenf Nodu

N₀: Elle hissedilebilen lenf nodu yok

N₁: Hareketli aksiller lenf nodu metastazı

N₂: Sabitlenmiş aksiller lenf nodu metastazı

M: Uzak Metastaz

M<>: Uzak metastaz yok

M₁: Uzak metastaz var

1.16. Meme kanserinin tedavisi

Meme kanserinin tedavisinde son yıllarda çok hızlı ilerlemeler kaydedilmiştir. Meme kanserinin tedavisi yaşam süresinin uzatılmasında oldukça önemlidir. Erken teşhis edilen vakalarda tedavi şansı oldukça yükselmekte ve kanserden kurtulma oranı %90'a ulaşmaktadır. Hastalığın tedavisi hastalığın yakalandığı sıradaki evresine ve tipine bağlıdır. Tedavide hastanın genel durumu göz önüne alınmalıdır. Tedavide mutlaka multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir (Landmark ve Wahl 2002, Helewa ve ark 2002).

Meme kanserinin tedavisi iki şekilde yapılır.

Lokal tedavi;

a. Cerrahi tedavi; meme kanserinde memem koruyucu ameliyatlara ve memenin tümünü alınmasını içeren ameliyatlara olmak üzere iki türlü ameliyat yapılır.

Meme koruyucu ameliyatlara: Memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı ameliyatlardır.

Lumpektomi: Yalnızca tümörün ve çevresindeki meme dokusunun çıkarılmasıdır. Genellikle geriye kalan meme dokusuna radyasyon tedavisi verilir ve aynı taraftaki koltuk altı lenf bezleri çıkarılır.

Segmental mastektomi: Memedeki kitlenin çevresindeki meme dokusu, tümörün altındaki göğüs kaslarını saran ince zarla birlikte çıkarılmasıdır. Genellikle aynı taraftaki koltuk altı lenf bezleri de çıkarılır ve ameliyat sonrası radyasyon tedavisi verilmesi gereklidir (Garibaldi 2001).

Memenin tümünün alınmasını içeren ameliyatlar: Bu ameliyatlardan sonra radyasyon tedavisi verilip verilmeme kararı patoloji raporundaki tümöre ait özelliklere göre belirlenir.

Basit mastektomi: Memenin çevresindeki yağ dokusu ve üzerindeki deri ile beraber çıkarılmasıdır, genellikle aynı zamanda koltuk altı lenf bezleri de çıkarılır.

Modifiye radikal mastektomi: Meme kanserinde en yaygın yapılan ameliyat türüdür. Tüm memenin, aynı taraftaki koltuk altı lenf bezleri, göğüs kaslarını saran ince zar ve bazen de göğüs duvarı kaslarının da bir bölümü ile birlikte çıkarılmasıdır. Ameliyat sonrasında radyasyon tedavisi verilip verilmeme kararı patoloji raporundaki tümöre ait özelliklere göre belirlenir.

Radikal mastektomi: Memenin göğüs kasları ve koltukaltı lenf bezleri ile birlikte alınmasıdır. Günümüzde sadece tümör göğüs kaslarına sığmadığında yapılmaktadır.

b. Radyasyon tedavisi:

Yüksek enerjili ışınları kullanarak tümör hücrelerinin ölmesini ve tümörün küçülmesini sağlar. Radyasyon tedavisi vücut dışında bir makineden yada kanserli doku içine yerleştirilen materyaller (radyoizotop) aracılığı ile verilebilir (Garibaldi 2001).

Sistemik tedavi;

a. Hormon tedavisi:

Hormon tedavisinin de meme kanserinin tedavisinde önemli bir yeri vardır. Hormon tedavisi kanser hücrelerinin büyümesine neden olan hormonların çalışmasını bozarak etki eder. Ya oral ilaç alımı sağlanarak vücuttaki hormonların çalışmasına engel olunur ya da hormon üreten bezlerin ameliyatla alınarak hormon salgılamaları önlenmiş olur. Oral verilen hormon ilaçları östrojen hormonunun etkilerini bozarak ya da bu hormonun yapımını engelleyerek çalışırlar. Bazı ilaçlar ise östrojen salgılanmasını sağlayan hipofiz bezi üzerinde etkilidir (Lipton 2005).

Meme kanserinin hormonal tedaviye yanıt vermesi tümör dokusunda bulunan östrojen ve progesteron reseptör varlığı ile yakından ilgilidir. Hormonal tedavide meme kanseri hücrelerinin büyümesine yardımcı olan östrojen ve progesteronun etkilerinin bloke edilmesi amaçlanmaktadır. Tamoksifen, meme kanseri tedavisinde ve meme kanserinin oluşmasını engellemede kullanılan en yaygın antiöstrojen tedavidir. Tamoksifenin yan etkileri; vajinal kanama, adet düzensizlikleri, sıcak basması, bulantı ve kusma gibi etkilerdir (Karamanoğlu ve Özer 2008).

b. Kemoterapi:

Kemoterapi, hastanın veya konakçının normal hücrelerine zarar vermeden mikrop veya tümör hücrelerinin büyümesini, çoğalmasını durdurmak veya yok etmektir. Kemoterapi intravenöz veya oral olarak verilebilir. Kemoterapiye sistemik tedavi denilmesinin nedeni ilacın ister intravenöz isterse oral verilsin, vücuttaki kan dolaşımına katılarak, meme dışına yayılmış kanser hücrelerine de etkili olabilmesinden kaynaklanır. Hastanın ameliyat sonrası kemoterapi alıp almayacağına, eğer alacaksa kaç kür alacağına patoloji raporundaki tümöre ait özellikler, hastanın yaşı, genel durumu ve menopozal durumu göz önüne alınarak karar verilir (Aslan ve ark 2006, Monnier 2006).

Ayrıca, ameliyat sonrası gözle görünür kanseri kalmayan hastalara verilen ek tedaviye adjuvan tedavi denir. Adjuvan tedavi ameliyat sonrası gözle görülmeyen ancak geride kalmış olması muhtemel az sayıdaki kanser hücrelerini öldürmek amacı ile verilir.

Adjuvan tedavi verilir verilmeme kararı patoloji raporundaki özelliklere, hastanın yaşına, menopozal durumuna ve genel durumuna göre belirlenir. Hastalara adjuvan tedavi olarak ameliyat sonrası sadece kemoterapi veya sadece radyoterapi veya hem kemoterapi hem radyoterapi veya sadece hormon tedavisi verilebilir (Conte ve ark 2007).

1.17. Meme kanserinde hemşirenin rolü

Son yıllarda kanserin nedenleri, sıklığı, kanserden korunma, kanser konusunda halkın aydınlatılması, erken tanı ve tedavi gibi konularda çalışmalar yapılması ve erken tanı yöntemlerinin daha yaygın kullanılmaya başlamasıyla ölüm oranları azaltılmıştır (Özyılkan 2004).

Ülkemizde de erken tanı ve tedavi konusunda yeterli olmasa da çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmaların daha etkili ve başarılı olabilmesi için hemşireler kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları ve bu bilgileri kullanıma aktarmaları gerekir. Bilindiği gibi hemşirelerin yazılı ve sözlü eğitimin her ikisinde de rolü büyüktür (Aydın 2003).

Hemşireler, kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olmalı ve bu bilgileri kullanıma sunmalıdır. Bilindiği gibi hemşirelerin yazılı ve sözlü eğitimde rolü büyüktür. Hemşireler, özellikle riskli grupta olmak üzere tüm kadınları eğitmeli, belirli aralıklarla tarama için başvurmaya teşvik etmeli ve sağlık hizmetlerinden yararlanma yollarını öğretmelidir. Ayrıca kadınlar bir sağlık probleminin verdiği bilgiyle daha güvenli olarak bu muayeneyi yapabilir ve gerekliliğini daha gerçekçi olarak algılayabilirler (Eicher ve ark 2006, Carnwell ve Baker 2003).

Eğitimde hemşire, kadınlara meme kanserinin erken tanısı için KKMM öğretmeli ve meme kanseri hakkında bilgi vermelidir. KKMM eğitiminde amaç; sağlığın korunması ve sürekliliğinin sağlanması için kadınlara KKMM konusunda bilgi kazandırmak ve bu doğrultuda istedik davranışları geliştirmek, kazanılmış istenmedik davranışları değiştirmektir. KKMM'si eğitimi pek çok araştırmacı tarafından önemli bir hemşirelik fonksiyonu olarak tanımlanmıştır. Bu eğitim, hazırlanacak bir kitapçığın ya

da broşürün kadınlara ulaştırılması, konferanslar veya basın yayın organlarında kısa eğitim programları şeklinde olabilir (Platin 1996, Sammarco 2001).

Hemşirelerin zaman sınırlılığı, bilgi eksikliği, cinsel sorunları görüşme ile ilgili kişisel anksiyeteleri hastalar ile bu konuyu konuşmalarına ve çözüm üretmelerine engel olabilmektedir. Klinisyenlerin meme kanserli hastaların cinsel işlev bozuklukları, gebelikten korunma, gebelik ve emzirme ile ilgili konularda bilgi alma, yönlendirilme ve tedavi gereksinimlerinin farkında olmaları gerekmektedir (Henson 2006).

Hemşireler meme kanserinde erken tanının önemini vurgularken KKMM, mamografi ve klinik muayenenin düzenli olarak yapılmasını sağlamalıdır. Tedavi döneminde hemşirenin hastayı, kendisini gebelikten korunma, gebelik, üreme sağlığı, emzirme, cinsel yaşam konularında nelerin beklediğini ve bu dönemin daha rahat geçirilebilmesi için yapabilecekleri konusunda bilgilendirmesi gerekir. Hastaya aldığı tedavinin (kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi) istenmedik etkileri ve bu etkileri azaltma yöntemlerine ilişkin bilgi vermelidir (Keller 1998, Bukovic ve ark 2005, Karamanoğlu ve Özer 2008).

Bu konuda kurumlara düşen görev, hemşirelerin meme sağlığı eğitimindeki rollerini arttırmaya yönelik olmalı ve periyodik olarak bu konularla ilgili hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir (Karamanoğlu ve Özer 2006). Hemşireler meme kanserli hastalara taburcu olmadan önce eğitim vermelidir (Aydın 2003).

Amerikan Kanser Enstitüsü meme kanseri hakkında halk eğitimi için aşağıdaki adımların izlenmesini önermektedir (Deana 1998, Arman ve ark 2004).

- Meme kanseri hakkında yanlış fikirleri ve söylentileri azaltmak, gidermeye çalışmak,
- Risk faktörleri hakkında halkı bilgilendirmek,
- Meme kanseri belirtileri konusunda kadınları eğitmek,
- Korunmanın ve erken tanının önemini vurgulamak,
- Hastalığın tedavisinde kullanılan çeşitli yöntemler konusunda bilgi vermek.

Ayrıca KKMM'nin uygulanmasını arttırmak amacı ile yapılan girişimler için sağlık çalışanlarına öneriler aşağıda belirtilmiştir (Aydın 2003, Ekici ve Utkualp 2007).

- Öneriler basit olmalı ve anlaşılır bir dil kullanılmalı,
- Eğitim verilecek bireylerin beden dili dikkate alınmalı,
- Arkadaşça iletişim kurulmalı ve ilk isim ile hitap edilmeli,
- Hasta olmadan sağlığı geliştirmenin önemi vurgulanmalı,
- Bölge halkını yardımı alınmalı,
- Eğitim verilecek kişinin mahremiyet duygusu göz önünde bulundurulmalı,
- Eğitim işbirliği içinde yapılmalıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran meme kanserli kadınların üreme sağlığına ilişkin gereksinimlerini belirlemek amacıyla niteliksel yöntem kullanılarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Literatürde niteliksel araştırmalara ilişkin, araştırma yeri ve araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir. Örneklem daha çok araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmektedir. Derinlemesine yapılan görüşmelerin artık yeni bir bilgi ortaya çıkmayınca kadar sürdürülmesinin yeterli olacağı belirtilmektedir. Araştırmanın örnekleme:

- 50 yaşın altında olan,
- Son bir yıl içerisinde meme kanseri tanısı almış olan,
- Sağlıklı iletişim kurabilen,
- Okuma yazması olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Aktif cinsel yaşamı olan meme kanserli kadınlar alınmıştır.

Araştırma kapsamına 15 Mart 2007-15 Eylül 2007 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran araştırma kriterlerine uygun olan meme kanserli 20 kadın hasta alınmıştır.

2.3. Kullanılan Gereçler

Araştırmada veriler, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran meme kanserli kadınlar için hazırlanan "Kadına İlişkin

Bilgi Formu” (EK-I) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada kullanılan form görüşmeci tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Daha sonra kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği, hemşirelikte araştırma ve niteliksel araştırmalarda uzman olan 2 kişiden formun içeriği ve anlaşılabilirliği açısından uzman görüşü alınmış ve öneriler doğrultusunda görüşme formunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Araştırmada 2 kişi ile pilot çalışma yapılarak görüşme formunda gerekli değişiklikler yapılmıştır

2.3.1. Kadına İlişkin Bilgi Formu

“Kadına ilişkin Bilgi Formu” (EK-1) kadının ve eşinin yaşı, eğitim durumları, meslekleri, ekonomik durumları, sosyal güvenceleri, hastalığının tanısı ve hastalığının seyri, tedavisi hakkında bilgi durumlarını içeren sosyo-demografik 32 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca, gebelik ve doğum öykülerini belirlemeye ilişkin sekiz soru, kontrasepsiyon öykülerini ve gereksinimlerini belirlemeye ilişkin 11 soru, üreme sağlığını koruyucu davranışlarını belirlemeye ilişkin 11 soru, cinsel aktivite öyküsünü ve gereksinimlerini belirlemeye ilişkin 14 soru, emzirme öyküsünü belirlemeye ilişkin üç soru olmak üzere açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

2.4. Kullanılan Yöntem/Prosedür

Niteliksel araştırma, kişilerin duygu ve düşüncelerini anlayabilmek için özel yöntemler kullanılan bir araştırma yöntemidir. Bireylerin yaşam öykülerine, davranışlarına, ilişkilerine, sosyal hareketler ve olaylara ait bilgilerin video, bant kaydı, metinler, kelimeler ya da semboller yardımıyla kaydedilerek toplanması yoluyla yapılan araştırma türü olarak tanımlanmaktadır (Morse ve Field 1996).

Niteliksel araştırmalar, katılımcıların yanıtlarının *derinlemesine anlaşılmasına* yardım ederken, niceliksel araştırmalar bu yanıtların *ölçülmesine* yarar. Yapısı gereği, niteliksel araştırmalar objektif, ölçülebilir davranış ve tutumlarla değil, duygusal ve kavramsal yanıtlarla ilgilenir. Niceliksel araştırmalara “duygu” ve “doku” ekler. Niteliksel araştırmalar “neden” sorusunu yanıtlarken niceliksel araştırmalar “neden” sorusunu yanıtlarken niceliksel araştırmalar genellikle “kaç tane” ya da “ne sıklıkla” gibi sorulara

yanıt ararlar. Niteliksel araştırma *keşifle*, niceliksel araştırma ise *kanıtla* ilgilenir. Analiz açısından bakılırsa, niteliksel araştırma *yorumlayıcı*, niceliksel araştırma ise *tanımlayıcıdır*. Niteliksel araştırmalarda olasılıklı örnekleme yapılmadan genellikle az sayıda kişiyle çalışılır ve kesin sonuçlara ulaşma ya da sonuçların topluma genelleme kaygısı güdülmez (Aksayan 1999).

Nitel veriyi analiz etmek, nicel veriyi analiz etmekten daha zordur. Çünkü nicel veriler sayılar biçimindedir, nitel veriler ise cümle, deyim, kelime ya da semboller biçimindedir. Niteliksel araştırma verilerinin analizinde kullanılacak geniş şekilde kabul görmüş bir nitel veri analiz yaklaşımı mevcut değildir (Aksayan 1999).

Niteliksel araştırmalar için araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına ilişkin bir kural bulunmamaktadır. Dikkat edilmesi gereken kural *artık yeni bir bilgi ortaya çıkmayuncaya kadar görüşmelerin sürdürülmesidir* (Bailey 1997).

Tüm niteliksel araştırmaların en temel bazı özellikleri şunlardır:

- İnsanlara yöneliktir,
- Araştırmacıların durumu subjektif değerlendirmeleri için konuya yakın olmalarını sağlar,
- Araştırmaya alınan kişilerin gerçek yaşamlarına ait detayların saptanmasına yardımcı olur,
- Derinlemesine anlamaya yarar,
- “Neden” sorusunu sorar,
- Açıklayıcıdır, yorumlar (Aydın 2003).

Niteliksel araştırma yöntemlerinin kullanılması için birçok neden vardır:

- **Maliyet:** Genellikle niteliksel araştırmalar niceliksel araştırmalara göre daha ucuza mal olur.
- **Zamanlama:** Bazı niteliksel yöntemler, özellikle odak gruplar, veri işleme araçları yokluğunda bile hızla analiz edilebilirler.
- **Esneklik:** Çalışma tasarımı, araştırma sürerken bile değiştirilebilir.
- **Hedef nüfus ile dolaysız bağlantı:** Niteliksel yöntemler yöneticilere, hedef grupları dolaysız gözleme ve onlarla ilişkilene şansı verirler.

- **Teknik donanım:** Niteliksel araştırmalar bilgisayar ya da teknik donanımın olmadığı durumlarda bile yürütülebilir (Aydın 2003).

Niteliksel araştırmaların tasarımında bazı genel özelliklerin belirlenmesine karşın niteliksel araştırma tasarımında genel benimsenmiş bir sınıflamadan söz edilmemektedir. Bazen çözümlene yöntemi, bazen odaklandığı alan doğrultusunda, kimi zaman ise çalışmanın hangi disiplin kapsamında olduğuna göre değişen sınıflama biçimleri ile karşılaşmaktadır (Sülü 2006).

Niteliksel araştırmalar genellikle dört şekilde kullanılır: Fikir oluşturmak için, niteliksel bir araştırmanın tasarımına yardımcı olmak için, niteliksel bir araştırmanın değerlendirilmesine yardımcı olmak için, belirli bir araştırma konusu ile ilgili ilk veri toplama yöntemi olarak kullanılır (Sülü 2006).

İki temel niteliksel araştırma yöntemi derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmeleridir. Araştırmada niteliksel araştırma yöntemlerinden birisi olan “*derinlemesine görüşme yöntemi*” kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme yönteminde karmaşık ve insanların duyarlı oldukları konuların teke tek görüşülerek derinlemesine incelenmesi mümkündür. Derinlemesine görüşme yöntemi anlaşılmayan konularda açıklama, soru sorma ve tanımlama yapmaya ve kişinin gerçek cevaplar vermesi yönünde özendirilmesine olanak vermektedir. Görüşme sırasında ortaya çıkan durumlara ve bireysel farklılıklara göre görüşmeciye değişiklik yapma olanağı vermesi, esnek oluşu yönünden birçok tekniklere göre daha kullanışlı ve güçlüdür (Sülü 2006).

Görüşmeci ile yanıtlayan arasında iyi ilişkiler kurulduğu zaman bilgiler doğru ve eksiksiz olarak toplanabilmektedir. Soruları yanıtsız bırakma olasılığı en aza indirebilmektedir. Derinlemesine görüşme teke tek yapıldığı için başkalarının kişinin vereceği yanıtlar üzerindeki etkisi azalmış olur, böylece birinin ilk aklına gelen, orijinal, doğal ve kendiliğinden yanıtlar alınması mümkün olabilmektedir (Sülü 2006).

Derinlemesine görüşmelerin uygun bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için bazı noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir. Görüşmenin kesintiye uğramayacağı uygun ve rahat bir ortamın sağlanması, görüşmeci ve görüşülen birey arasında eşitlik ve güven ilişkisinin kurulması, görüşmenin amacı hakkında bilgi verilmesi, görüşülen bireyin sık sözünün

kesilmemesi, fikirlerinin önemsendiğini gösterecek bir tutum beslenmesi, bireyin kabul ettiği ve gizli olmayan teyp, video, kamera gibi herhangi bir kaydetme yönteminin bulunmasıdır (Sülü 2006).

Niteliksel çalışmalarda görüşmeler bittikten hemen sonra görüşmelerin ham dökümlerinin yapılması ve görüşme kütüklerinin oluşturulması önem taşımaktadır. Araştırmacı verilerin dökümünü yaptıktan sonra ilk olarak temaları belirler ve başlangıç kodları verir. Araştırmacı bu başlangıç kodlardaki temaları ileriki analiz aşamalarında değiştirebilir. Bu aşamada, temalar arasındaki bağlantılar ve temaların yansıttığı karmaşık fikirlerin önemi yoktur. Daha sonra araştırmacı başlangıç kodları ve fikirleri organize eder. Bu ikinci turdaki ek kodlar ve yeni fikirlerde kodlamaya yansıtılır. Son aşamada araştırmanın önemli temaları belirlenir. Daha sonra belirlenen temalar rapor haline getirilir (Sim 1998).

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları sadece görüşme yapılan kadınlar ile sınırlanabilir. Görüşmeler yeni bir bilgi ortaya çıkmadığından 20 kadın ile tamamlanmıştır.

2.6. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran meme kanserli kadınlar ile yapılmıştır.

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin onkoloji servisi kemoterapi ünitesine, medikal onkoloji polikliniğine başvuran meme kanseri tanısı almış kadınlardır. Araştırmanın verileri 15 Mart 2007–15 Eylül 2007 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.7. Verilerin Toplanması ve Süresi

Verilerin toplanmasında derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Görüşmeler meme kanserli hastalar ile yapılmış ve araştırmayla ilgili doyum noktasına ulaşıncaya kadar sürdürülmüştür. Doyum noktası artık yeni bir bilgi ya da görüş elde edilmediği, araştırmayla ilgili tüm soruların cevaplandığı noktadır (Sülü 2006). Görüşme sırasında hastalardan izin alınarak görüşmeler kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 25-35 dakika sürmüştür. Her bir hasta ile iki kez görüşülmüştür. Hastalar ile görüşmeler görüşmeci tarafından yüz yüze yapılmıştır.

Araştırmacı bu konuda “An Introduction to Qualitative Methods for Health Professionals” isimli kitabı incelemiştir. Ayrıca araştırmacı ve danışman öğretim elemanı Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunun düzenlemiş olduğu “Nitel Araştırma Yöntem ve Teknikleri” kursuna katılmıştır. Araştırmacı Marmara Üniversitesi Sağlık Araştırma Vakfının yayınlamış olduğu “Odak Grup Araştırmalarında Mükemmellik İçin El Kitabı” isimli kitabı detaylı olarak incelemiştir.

Görüşmeler servislerde hastaların uygun olduğu zamanda, görüşmelere uygun olan boş hasta odasında yapılmıştır. Görüşmenin yapıldığı ortamın mümkün olduğunca sakin, sessiz bir yer olmasına dikkat edilmiş, başkalarının giriş-çıkışı engellenecek şekilde, görüşmeci ile hasta aynı düzeyde yüz yüze oturarak sürdürülmüştür.

2.8. Verilerin Analizi

Görüşmeler bittikten sonra verilerin ham dökümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ham verilerin, daha önceden belirlediği temalara göre sınıflandırıp kodlar vermiştir. (gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruyucu davranışlar). Sınıflandırılan veriler araştırmacı tarafından katılımcıların başlangıç kodları ve fikirleri kullanılarak organize edilmiştir. Son aşamada araştırmanın önemli temalarını belirlenmiştir. Daha sonra tüm veriler yorumlanarak rapor haline getirilmiştir.

2.9. Araştırmanın Etiği

Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hastalara, araştırmanın amacı açıklanmış görüşmenin teybe kaydedilmesi konusunda yazılı izin alınmış ve elde edilen verilerin isim belirtilmeden araştırmada kullanılacağı konusunda teminat verilmiştir. Görüşmeler sırasında kadının mahremiyetine özen gösterilmiş, hastanın uygun olduğu bir zamanda, özel bir odada görüşme yapılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran meme kanserli kadınların üreme sağlığına ilişkin gereksinimlerini belirlemek amacı ile yapılan görüşmeler sonucunda hastaların tanıtıcı özelliklerine ve kadınların üreme sağlığı gereksinimlerine ilişkin elde edilen bulgular sunulmuştur. Meme kanserli kadınların özellikleri gebelik ve doğum öyküsü, emzirme öyküsü, cinsel aktivite öyküsü, kontrasepsiyon öyküsü, üreme sağlığını koruyucu davranışlar olmak üzere beş başlık altında sınıflandırılmıştır.

3.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge: 3.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

KADINLARIN SOSYO DEMOĞRAFİK ÖZELLİKLERİ	Sayı (N)
Yaşı	
21-30	1
31-40	7
41-50	12
Öğrenim Durumu	
İlkokul	15
Ortaokul	2
Lise	2
Lisans	1
Çalıştığı İş	
Ev Hanımı	18
İşçi	1
Memur	1
Medeni Hali	
Evli	18
Boşanmış	2

Çizelge: 3.2. Kadınların eşlerinin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

KADINLARIN EŞLERİNİN SOSYO DEMOĞRAFİK ÖZELLİKLERİ	Sayı (N)
Yaşı	
21-30	1
31-40	2
41-50	11
51 ve üstü	4
Öğrenim Durumu	
İlkokul	9
Ortaokul	2
Lise	3
Önlisans	2
Lisans	2
Çalıştığı İş	
Serbest Meslek	2
İşçi	8
Memur	6
Emekli	1
Çiftçi	1

Çizelge: 3.3. Kadınların aile özelliklerinin dağılımı

KADINLARIN AİLE ÖZELLİKLERİ	Sayı (N)
Kadınların Çocuk Sayısı	
1 çocuk	2
2 çocuk	10
3 çocuk	5
4 ve üstü	3
Kadınların Ekonomik Durumu	
İyi	12
Orta	2
Kötü	6
Kadınların Sosyal Güvencesi	
SSK	7
Emekli Sandığı	7
Yeşil kart	5
Bağkur	1
Yardım Eden Kişi Sayısı	
Yok	5
1 kişi	10
2 kişi ve üstü	5

Çizelge 3.1., Çizelge 3.2. ve Çizelge 3.3.' de görüşme yapılan kadınların, eşlerinin ve ailelerinin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları yer almaktadır.

Meme kanserli kadınların yaş ortalamaları 41'dir. Kadınların yaş grupları incelendiğinde 20 kadının 12'si 41-50 yaş, yedisinin de 31-40 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Kadınların büyük bir çoğunluğu (15 kadın) ilkokul mezunu olup, sadece bir kadın lisans mezunudur. Meme kanserli kadınların 19'u ev hanımıdır. Sadece bir kadın memur (maliyeci) olarak çalışmaktadır. Kadınların medeni durumları incelendiğinde ise, 18 kadın evli olup iki kadın eşinden boşanmıştır (Çizelge 3.1).

Meme kanserli kadınların eşlerinin yaş ortalamaları 42'dir. Eşlerinin yaş dağılımları incelendiğinde 18 eş'ten 11'inin 41-50 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Eşlerin dokuzu ilkokul mezunu iken, sadece ikisi üniversite mezunudur. Eşlerin sekizi işçi ve altısı memurdur (Çizelge 3.2).

Kadınların sahip oldukları çocuk sayısı incelendiğinde, 20 kadından 10'unun iki çocuğa sahip olduğu, beş kadının da üç çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Ailelerin ekonomik durumları incelendiğinde 12 ailenin ekonomik durumlarının iyi olduğunu belirtilmiştir. Sosyal güvence durumuna bakıldığında ise ekonomik durumunun kötü olduğunu belirten kadınların hepsinin yeşil kartlı olduğu görülmektedir. Ayrıca, yedisinin emekli sandığı, yedisinin de SSK'lı olduğu saptanmıştır. Ev işlerinde yardım eden kişi sayısı incelendiğinde, beşinin hiçbir yardımcısı olmadığı, 10'unun bir yardımcısı olduğu görülmüştür (Çizelge 3.3).

Çizelge: 3.4. Kadınların meme kanseri tanısına ilişkin bulgularının dağılımı

MEME KANSERİ TANISINA İLİŞKİN BİLGİLER	Sayı (N)
Meme Kanseri Tanısı Alma Süresi	
2 ay	5
3 ay	3
4 ay	1
5 ay	-
6 ay	1
7 ay	2
8 ay	3
9 ay	2
10 ay	3
Operasyon Tipi	
Mastektomi	20
Koltukaltı Lenf Nodu Eksizyonu	
Koltukaltı Lenf Nodu Eksizyonu olan	13
Koltukaltı Lenf Nodu Eksizyonu olmayan	7
Akrabada Meme Kanseri Öyküsü	
Var	5
Yok	15
Kolunu Kullanabilme Durumu	
Evet	15
Hayır	5
Koldaki Şikayet	
Şişlik	10
Güçsüzlük	10
Kemoterapi Alma Durumu	
Aldım	17
Almadım	3
Radyoterapi Alma Durumu	
Aldım	9
Almadım	11

Çizelge 3.4.' de görüşme yapılan kadınların meme kanseri tanısına ilişkin bulgularının dağılımı yer almaktadır. Kadınların meme kanseri tanısı alma süreleri incelendiğinde beşinin iki aydır, üçünün üç aydır, üçünün sekiz aydır, üçünün ise 10 aydır meme kanseri tanısı ile tedavi oldukları belirlenmiştir. Operasyon tipi incelendiğinde kadınların tümünün mastektomi operasyonu geçirdiği belirlenmiş olup, 13'üne operasyon sırasında koltuk altı lenf eksizyonu yapıldığı, yedisine ise koltuk altı lenf eksizyonu yapılmadığı belirlenmiştir (Çizelge: 3.4.).

Meme kanserli kadınların 15'inin kolunu kullanabildiği belirlenmiştir. Meme kanserli kadınların kollarındaki şikayet durumu incelendiğinde ise, 10'unun şişlik olduğunu, 10'unun ise güçsüzlük olduğunu belirtmiştir. Meme kanserli 20 kadının akrabalarındaki meme kanseri öyküsü incelendiğinde beş kadının kız kardeşinde meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Meme kanserli kadınların tedavi alma durumları incelendiğinde 17 kadının kemoterapi, dokuz kadının ise radyoterapi tedavisi aldığı belirlenmiştir (Çizelge: 3.4.).

Çizelge: 3.5. Kadınların menstrüel sikluslarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

MENSTRÜEL SIKLUSLARINA İLİŞKİN BİLGİLER	Sayı (N)
Menstrüel Siklus	
Düzenli	7
Düzensiz	13
Menopoz Sıkıntısı	
Sıcak Basması	9
Terleme	9
Kilo Alma	7
Kıllanma	2
Uykusuzluk	1

Çizelge 3.5.' de görüşme yapılan kadınların menstrüel sikluslarına ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların menstrüel siklusları incelendiğinde 20 kadından 13'ünün menstrüel sikluslarının düzensiz olduğu, yedisinin menstrüel sikluslarının düzenli olduğu belirlenmiştir. Meme kanserli kadınların premenopozal şikayetleri incelendiğinde dokuzunun sıcak basması, dokuzunun terleme, yedisinin kilo alma şikayetlerinin olduğu belirlenmiştir (Çizelge: 3.5.).

3.2. GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge: 3.6. Kadınların gebelik ve doğum öyküsü bulgularının dağılımı

GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR	Sayı (N)
Gebelik Sayısı	
1 gebelik	1
2 gebelik	4
3 gebelik	5
4 gebelik	3
5 gebelik ve üstü	7
Küretaj Sayısı	
1 kez	5
2 kez	2
3 kez ve üstü	3
Son 1 yıl içerisinde gebelik	
Var	2
Yok	18
Son 1 yıl içerisinde doğum	
Var	-
Yok	20
Gebelik isteme durumu	
Evet	2
Hayır	18

Çizelge 3.6.' da görüşme yapılan kadınların gebelik ve doğum öyküsü bulgularının dağılımı yer almaktadır. Meme kanserli kadınların gebelik öyküleri incelendiğinde 20 kadının beşinin üç gebelik, yedisinin ise beş ve üstü gebelik geçirdiği belirlenmiştir. Bu gebelik öykülerine sahip olan beş kadının bir kez kürtaj olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.6.).

Meme kanserli kadınların son bir yıl içerisindeki gebelik durumu incelendiğinde 20 kadında yalnızca iki kadının son bir yıl içerisinde gebe kaldığı belirlenmiş olup, kadınların hiçbirinin son bir yıl içerisinde doğum yapmadığı saptanmıştır. Meme kanserli kadınların gebelik isteme durumları incelendiğinde yalnızca iki kadının gebelik istediği belirlenmiştir (Çizelge 3.6.).

Görüşme yapılan meme kanserli kadınların gebelik ve doğum durumlarına yönelik sorulara verdikleri yanıtların içerik analizleri yapılmış ve aşağıdaki başlıklarda toplanmıştır.

3.2.1. *Son bir yıl içerisinde gebelik geçirdiniz mi ?* diye sorulduğunda görüşme yapılan kadınların ikisi gebelik geçirmiş olup, gebeliğe ilişkin duygularını şu şekilde ifade etmiştir.

“Son bir yıl içinde gebelik oldu, memem alınırken aynı anda kürtaj oldum, benim için çok karışık bir duyguydu, aslında çocukları severim ama bu hastalıkla aynı anda öğrenince sanki kurtulmak istiyormuş gibi hissediyorsun” (K 19, 27 yaş, 10 ay)

“Çocuklarım tam olgunlaştığı zaman üç-dört aylıkken karnımda ölüyorlar, ya hastanede kürtaj oluyorum, ya da kendiliğinden düşüyor, en son ramazanda 10 ay önce dört aylık bebeğim karnımda öldü devlet hastanesinde (doğumevinde) kürtaj oldum, çocuklar ölüyor diye doktora gittim ilaç verdi ama yine de olmadı” (K 9, 45 yaş, 3 ay)

3.2.2. *Gebelik ister misiniz ?* diye sorulduğunda görüşme yapılan 20 kadından ikisi gebelik istediğini belirtmiştir. Katılımcıların çoğunun gebelik istemediği belirlenmiştir. Kadınların gebelik istememe nedenleri incelendiğinde; yaşlarının ilerlemiş olduğunu düşünmeleri, doğum sonu dönemde bebeğin emzirilmesi ve bakım problemleri, bebeğin getireceği maddi ve manevi yükünü, gelecek kaygılarını, doğum öncesi ve doğum sonrası süreçte hastalığın tekrar nüks edebilme korkusunu ifade eden cümleleri araştırmanın bulgularındandır.

“Kadın doğum doktoruna üç yıl önce ikinci çocuğu istediğimiz için gittik, korunmayı bıraktık... bir yıl kadar bekledik olmayınca..... Nazilli’ye kadın doğumcuya gittik bana tedavi verdi yine gebelik söz konusu olmayınca eşime ilaç verdi yine olmayınca İzmir’e gittik eşime varikozel ameliyatı önerildi..... yaptırdık, tüm tetkiklerimiz ve işlemlerimiz tamamlanmıştı ki tam o sırada benim hastalığım ortaya çıktı..... (hüzünlü), çok istiyordum (ağlıyor)....., şimdi olsa ne olacak, sağlıklı olmazsam çocuğa kim bakacak ki ” (K 16, 39 yaş, 4 ay)

“Bu hastalıktan önce gebelik olsun istiyorduk, çocuğum kardeş istiyordu, nasip değilmiş....” (K 13, 37 yaş, 2 ay)

3.2.3. Olası bir gebelik durumunda ne yapardınız ? diye sorulduğunda görüşme yapılan kadınlarda gebeliği sürdürmeme düşüncesinin hakim olduğu görülmektedir. Bu düşüncelerini temelinde yaşam süreleri hakkında kesin bir fikir sahibi olmadıklarını, bunu da çocuğun geleceği konusunda oluşturduğu belirsizlik duyguları ile dile getirmişlerdir.

“Gebe olursam ölmeyi tercih ederim, Allah olmayanlara versin..... benim için çok zor olur, hemen aldırırım, yaşım geçti zaten.....” (K 10, 34 yaş, 2 ay)

“Şu anda böyle bir durum olsa istemem çünkü yaşım geçti, gebe olsam aldırırdım, vücudum için sakıncalı olabilir, iş sadece gebelikle bitmiyor, emzireceksin meme problemlili.....” (K 2, 39 yaş, 8 ay)

“Bu eşimden bir tane isterdim, eşim çok istiyor, daha önceki eşinden bir kızı varmış ama göremiyor, şimdi olsa istemem çünkü kendim bakamam, beş tane torunum var onlar yetim, onlarla ilgilenmem gerekiyor, hemen aldırırdım.....” (K 9, 45 yaş, 3 ay)

“Gebelik istemem çünkü yaşım geçti, çocuklarım büyüdü, maddi açıdan uygun olmaz, yeterli....., ama gebe olsam doğururdum, Allah korkusu olduğu için.....” (K 12, 43 yaş, 1 ay)

“Gebelik istemem, çocukları bu zamanda yetiştirmek çok zor, eğitim vermesi, isteklerini karşılamak çok zor, kendimi çocuklarıma karşı eksik hissediyorum, rızkı veren Allah'tır ama Gebe olsaydım aldırırdım ama kendi isteğimin dışında olur bu..... ” (K 8, 43 yaş, 9 ay)

“Gebelik istemem, hayat şartları pahalı çok zorlaştı, çocukları bu zamanda yetiştirmek çok zor, olsaydı aldırırdım, geleceği çok önemli..... ben hastayım onunla kim ilgilenecek, emzirmek gerekir meme hastası olan insanlarız biz nasıl olacak..... Öncelikle olmaması için gayret ederim” (K 17, 35 yaş, 3 ay)

“Şimdi gebe olmak istemem önceden olsa isterdim, çocuk küçük olacak, ölüm korkusu geliyor, hastalığının ne olacağı belli değil aldırırdım” (K 7, 39 yaş, 9 ay)

“Gebe olsaydım doğururdum, bakmaya çalışırdım artık hazır mamalar var” (K 1, 44 yaş, 10 ay)

“Gebelik istemiyorum ama Allah’ın verdiği ne diyeyim, öyle bir durumda aldırırım” (K 3, 41 yaş, 8 ay)

“Şu anda böyle bir durum olsa istemem ama bu hastalıktan önce istiyordum, eğer gebe olsaydım ilaçlar dokunacaksa doğurmazdım aldırırdım” (K 13, 37 yaş, 2 ay)

“Şu anda böyle bir durum olsa istemem çünkü çocuklarım büyük, gebe olsam anlar anlamaz aldırırdım,.....” (K 18, 46 yaş, 7 ay)

“İkinci çocuğumuz olsun diye çok koşturduk, oğlum kardeş istediği için istedik... artık olsa istemem çünkü önemli olan sağlık sağlıklı olmazsam çocuğa kim bakacak ki” (K 16, 39 yaş, 4 ay)

3.3. EMZİRME ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 3.7. Kadınların emzirme öyküsü bulgularının dağılımı

EMZİRME ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR	Sayı (N)
Her iki memeden de emzirme durumu	
Evet	20
Hayır	-
Emzirme süresi	
0-12 ay	16
13-24 ay	3
25 ay ve üstü	1
Gebelik söz konusu olsaydı doğum sonu dönemde emzirme durumu	
Emzirirdim	9
Emzirmezdim	5
Doktorlar izin verirse emzirirdim	6

Çizelge 3.7.' de görüşme yapılan kadınların emzirme öyküsüne ilişkin bulgularının dağılımı yer almaktadır. Kadınların her iki memeden de emzirme durumu incelendiğinde 20 kadının her iki memeden de emzirdiği belirlenmiştir. Kadınların ortalama emzirme süreleri incelendiğinde 20 kadından 16'sının 12 ay, üçünün 13-24 ay, birinin ise 25 ay ve üstü emzirdiği görülmüştür (Çizelge 3.7.).

3.3.1. Şu anda gebeliğiniz söz konusu olsa doğum sonu dönemde bebeğinizi emzirir miydiniz ? diye sorulduğunda görüşme yapılan dokuz kadının emzirirdim yanıtını verdiği belirlenmiştir. Görüşme yapılan kadınlarda gebelik söz konusu olursa doğum sonu dönemde bebeği emzirebilmeleri korkularının laktasyonun getireceği memelerdeki değişikliklerin tekrar meme kanseri nüksünü gündeme getirme ihtimalini dile getirmişlerdir. Ayrıca, doğum söz konusu olursa bebeklerini nasıl besleyeceklerini, emziremeyeceklerini, ilaç kullandıklarını, bu ilaçların bebeğe ne gibi bir etkisi olabileceğini bilmedikleri konusundaki endişelerini belirtmişlerdir. Kadınlar bu düşüncelerini şöyle dile getirmişlerdir.

“Eğer bebeğim olsaydı emzirirdim, anne sütü çocukların antibiyotiği diye biliyoruz, çok faydalı mikroplardan koruyor, uykudan kalkmıyorsun süt ısıtmıyorsun biberon temizlemiyorsun, emzirip uyutuyorsun, anne sütü sağlıklıdır, tavsiye ederim herkese, öyle mememin şekli bozulur diye düşünmedim, belki de emzirmekle alakası var, evlenmemiş genç bayanlarda bile oluyor.....” (K 2, 39 yaş, 8 ay)

“Eğer bir bebeğim olsaydı bir şekilde onu emzirirdim, o çok güzel bir duygu” (K 11, 43 yaş, 7 ay)

“Eğer bebeğim olsaydı emzirirdim” (K 3, 41 yaş, 8 ay)

“Eğer bir gebelik olsaydı doğurmazdım ama eğer bir bebeğim olsaydı doktorlar izin verirse bir şekilde onu emzirirdim” (K 5, 42 yaş, 10 ay)

“Doktorlar izin verirse emziririm.....” (K 15, 39 yaş, 2 ay)

“Eğer bebeğim olsaydı emzirirdim, tabii ki niye emzirmeyeyim” (K 18, 46 yaş, 7 ay)

“Nasıl emzireyim, olsa da emziremem ilaç tedavisi görüyorum” (K 20, 49 yaş, 6 ay)

3.4. CİNSEL AKTİVİTE ÖYKÜSÜNE VE CİNSEL GEREKSİNİMLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge: 3.8. Kadınların cinsel aktivite öyküsüne ve cinsel gereksinimlere ilişkin bulgularının dağılımı

CİNSEL AKTİVİTE ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR	Sayı (N)
İlk ilişki yaşı	
15 yaş	1
16 yaş	6
17 yaş	4
18 yaş	2
20 yaş	5
22 yaş	1
27 yaş	1
Meme Ca Tanısından Sonra Cinsel Danışmanlık Alma Durumu	
Evet	-
Hayır	20

Çizelge 3.8.’ de görüşme yapılan kadınların cinsel aktivite öyküsüne ve cinsel gereksinimlere ilişkin bulguları yer almaktadır. Kadınların ilk cinsel ilişkiye girme yaşları incelendiğinde 20 kadının altısının 16 yaşında, dört’ünün 17 yaşında, beşinin ise 20 yaşında ilk kez cinsel ilişkiye girdiği belirlenmiştir. Kadınların meme kanseri tanısından sonra cinsel danışmanlık alma durumları incelendiğinde kadınların hiç birisinin cinsel danışmanlık almadığı görülmektedir (Çizelge 3.8.).

Sağlık personeli ile cinsellik gibi konuları konuşamadıklarını, bunun sağlık personelinin iş yükünün ağır olması, vakitlerini almak istememeleri nedeni ile olduğunu ve ayrıca sadece sağlık personeli ile değil genel olarak bu tür konuların çok özel olduğunu, yetiştirilme tarzlarında cinselliğin çok kötü bir olguymuş gibi ifade edildiğini belirtmişlerdir (Çizelge 3.8.).

Görüşme yapılan meme kanserli kadınların cinsel aktivitelerine ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik sorulara verdikleri yanıtların içerik analizleri yapılmış ve aşağıdaki başlıklarda toplanmıştır.

3.4.1. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra cinsel yaşamınızda, haftadaki ilişki sayınızda bir değişiklik oldu mu olduysa ne gibi değişiklikler oldu ? diye sorulduğunda görüşme yapılan kadınlar bu düşüncelerini şöyle dile getirmişlerdir. Görüşme yapılan kadınlar meme kanseri tanısı aldıktan sonra az sayıda kadının cinsel yaşamlarında, haftadaki ilişki sayılarında olumsuz değişiklik olduğunu fakat eşlerinin bu değişiklik karşısında uyumlu davranıp kabullendiklerini ifade etmişlerdir.

“Haftada bir-iki kez ilişkiye giriyoruz, ben istekliyim, meme hastalığından öncede istekliydim..... eşim değişiklik yokmuş gibi davranıyor” (K 10, 34 yaş, 2 ay)

“Cinsel açıdan gayet istekliydik, haftada bir-iki kez oluyordu, meme ameliyatından sonra kolumu kullanamadığım için biraz ara verdik ama şimdi aynı bir değişiklik olmadı, kendi isteğimize bağlı hafta bir-iki kez oluyor” (K 2, 39 yaş, 8 ay)

“Aslında ben bir kadın olarak mutluyum, çocuklarım var eşimin sigortası var çalışıyor, ama takıntılarım var, ama ben gençliğimde birini sevmiştim onunla ilişkiye girdim nişanlıydık sonra evlenmedik, bu hastalığımda beni hiç aramadı, ben bunu kafamdan hiç atamadım, bu ders oldu kimse kimseyi gerçekten çok sevmiyormuş sen hayatına iyi sarıl diye düşündüm. Bu tabii ki beni etkiledi..... eşim olmazsa bir tarafım eksik gibi ama cinsel hayata gelince bir isteksizlik oluyor, meme hastalığından önce eşim dokunduğu zaman beynimden bir şey çıkacak gibi olurdu, şimdi haftada bir-iki kez oluyor..... yok ilaçlardan çok etkilenmedik şimdi daha istekliyim, eşim yorgun, teklif ettiği zaman hayır demiyorum” (K 19, 27 yaş, 10 ay)

“Eşimle ilişki kurduğumda daha gevşiyorum, rahatlıyorum, huzura kavuşuyorum, hastalığımla bile atıyormuşum gibi geliyor..... ben istiyorum ama eşim hastasın diye üstüne gelmek istemiyorum diyor, şu anda 15-20 günde bir kez oluyordu, hastalıktan sonra ilaçlardan çok etkilenmedik” (K 9, 45 yaş, 3 ay)

“Daha önceden cinsel hayatım iyiydi, şimdide cinsel hayatımdan memnunum, önceden haftada iki-üç kez oluyordu, şimdi bir-iki kez oluyor, menopoza giriyorum herhalde sıkıntı geliyor..... kemoterapiden mi oluyor ilaçlardan mı oluyor bilmiyorum ama ilişkide kuruluk oluyor, Eşim oldukça anlayışlıdır, kanser hastasıyım diye hiç düşünmedim, kadın olarak kendimde değişiklik hissetmedim” (K 17, 35 yaş, 3 ay)

“Cinsel hayatımdan memnundum yinede memnunum bir değişiklik olmadı, toplum, çevre baskılar....., büyüklerimiz bize cinselliği kötüleyerek anlattıkları için kimseyle konuşmadık bunları, meme kanseri öncesi iki-üç günde bir oluyordu, şimdide aynı hiç değişmedi” (K 1, 44 yaş, 10 ay)

“Cinsel hayatımdan memnundum yinede memnunum bir değişiklik olmadı, toplum, çevre baskılar....., büyüklerimiz bize cinselliği kötüleyerek anlattıkları için hep kendi içimizde yaşadık bunları, yani meme kanseri öncesi iki-üç günde bir oluyordu, şimdide daha az, ilaçların etkisi ile psikolojik olarak hep yorgunluk hissettim, dinlenmek istedim eşimin tavırları davranışları çok iyi ilgisi daha da fazlaştı” (K 4, 49 yaş, 3 ay)

“Mevsimine göre değişiyor yazın daha fazla olabiliyor..... istekliyiz 15 günde bir kez oluyordu, uzun bir süredir hiç olmadı, eşim ısrar etmiyor” (K 12, 43 yaş, 1 ay)

“Aslında çok sinirliyim sanki başka bir kişi oldum, her şeye kızıp ağlamak geliyor içimden, alınganlık oldu, eşim anlıyor hissediyor, göğsüm alındı diye hiçbir kompleksim yok çok şükür, ablam ve başka arkadaşlar göğüs yaptırmak istiyorlar, ben yaptırmak istemem, ama eşime söyledim kemoterapi aldığım zaman rahimim de bir açılma ve ağrı hissediyorum, ilaçların etkisi geçince birlikte olalım, çok yorgunluk yapıyor dedim, cinsel anlamda çok istekli değilim, sadece eşime karşı kadınlık görevimi yapmak için tatsızlık çıkmasın diye yapıyorum, bana kalsa yatağımı ayırırım, sanki kısırlaşmışım gibi geliyor, hani erkeklerde belli bir yaştan sonra erkeklik hormonları azalır diyorlar ya bende öyle hissettim, hiç istemiyorum, daha önceden cinsel hayatım iyiydi, haftada iki-üç kez oluyordu, şimdi 10-11 günde oluyor” (K 8, 43yaş, 9 ay)

“Önceden ki hayatım ile şimdiki arasında fark var..... haftada iki-üç kez birlikte oluyorduk, ameliyattan sonra uzun bir ara verdik, şimdi 15 günde bir kez oluyor, Eşim sadece belimden yukarıya dokunamıyor gibi geliyor, ben öyle hissediyorum, oda zaten

dokunamıyorum seni incitmekten korkuyorum dedi. Kadın olarak kendimi eksik hissediyorum..... cinsel yönden isteksizlik var, önceden de vardı ama şimdi tamamen oldu” (K 7, 39 yaş, 9 ay)

“Eşim cinsel açıdan istekliydi haftada iki-üç kez oluyordu, ben o kadar istemezdim, meme kanseri tanısından sonra kendi isteğimize bağlı hafta bir kez oluyor, şu anda ilaçları aldığım için yorgunluk oluyor, eşimin tutumu oldukça iyi” (K 3, 41 yaş, 8 ay)

“Ameliyattan sonra komşumla ilk kez çarşıya çıkacaktık o giyinirken Z.... hanım ne yaptı acaba diye beni merak etmiş, çıkınca dışarıya yapma göğüs yaptığımı gösterdim, inan Z.... hanım sana inanamıyorum o kadar çok yaşama sevincin var ki dedi, İnsan kendine aynada çıplak bakınca bir tuhafılık hissediyor tabii ki, insan olumsuz bir şey düşünüyor, içim cız ediyor, cinsellik anlamında bir eksiklik hissediyorsun..... ama sonra şükretmek olduğu için ben onun üzerinde çok durmadım atlattım, hemen geçiyorum o konuyu..... insan kafasına bir şeyi takarsa hep takar gider takmamaya çalışıyorum Eşim Allah’tan gelene amenna diyor, isterse ötekide olmasın elin değil kolun değil çok üzülecek bir şey değil diyor, kendi işini kendin görebiliyorsun, cinsel tutumu değişmedi hep aynı, ben çok istekli değilim haftada iki-üç kez oluyordu, meme kanseri tanısından sonra kendi isteğimize bağlı hafta bir-iki kez oluyor meme probleminden sonra ilaçlardan çok etkilenmedik” (K 18, 46 yaş, 7 ay)

“Bu problemden önce normaldi, haftada iki-üç kez oluyordu memnunduk, her ikimizde istekliydik, şu anda ilaçların etkisi ile yorgunluk, halsizlik olduğu için azaldı, haftada bir-iki kez oluyor ama eşim oldukça ılımlı öyle zorlama falan yapmaz” (K 5, 42 yaş, 10 ay)

“Önceden haftada üç kez oluyordu, hastalandıktan sonra kendi isteğimize bağlı hafta bir kez oluyor, hastalandıktan sonra moralimiz bozuldu, eşimin tutumu çok iyi hep destek olan o oldu, onun için yaşadım, o benim her şeyim onu çok seviyorum canımı bile veririm o olmasaydı böyle ne yapardım.....” (K 15, 39 yaş, 2 ay)

3.5. KONTRASEPSİYON ÖYKÜSÜNE VE KONTRASEPTİF GEREKSİNİMLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge: 3.9. Kadınların kontrasepsiyon öyküsü ve kontraseptif gereksinimlere ilişkin bulgularının dağılımı

KONTRASEPSİYON ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR	Sayı (N)
Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi	
Aile Planlaması Yöntemi Kullanan	5
Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayan	13
Aile Planlaması Yönteminden Memnuniyet Durumu	
Memnun olan	16
Memnun olmayan	2
Meme Ca Tanısından Önce Oral Kontraseptif Kullanma Durumu	
Evet	11
Hayır	9
Meme Ca Tanısından Önce İğneleri Kullanma Durumu	
Aylık	-
3 Aylık	1
Meme Ca Tanısından Sonra AP Danışmanlık Alma Durumu	
Evet	8
Hayır	12
Bilgi Aldıkları Kaynaklar	
Doktor	2
Hemşire	6

* Kadınların ikisi eşinden boşanmıştır.

Çizelge 3.9.' da görüşme yapılan kadınların kontrasepsiyon öyküsü ve kontraseptif gereksinimlere ilişkin bulgularının dağılımı yer almaktadır.

Kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları incelendiğinde 20 kadından beşinin etkili bir aile planlaması yöntemi kullandığı, 13'ünün ise etkisiz bir aile planlaması yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Etkili bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların üçü tüp ligasyonu ile ikisi ise RİA (Rahim İçi Araç) ile korunmaktadır. Kadınların aile planlaması yönteminden memnuniyet durumları incelendiğinde ise 16'sının kullandığı yöntemden memnun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.9.).

Meme kanseri tanısından önce kullandıkları aile planlaması yöntemleri incelendiğinde 11'inin oral kontraseptif, bir'inin ise üç aylık iğneler ile korunduğu belirlenmiştir. Kadınların meme kanseri tanısından sonra aile planlaması danışmanlığı alma durumları incelendiğinde sekizinin bilgi aldığı, 12'sinin ise bilgi almadığı saptanmıştır. Kadınların bilgi aldıkları kaynaklar incelendiğinde altısının hemşireden, ikisinin ise doktordan bilgi aldığı görülmektedir (Çizelge 3.9.).

Görüşme yapılan meme kanserli kadınların kontrasepsiyon gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik sorulara verdikleri yanıtların içerik analizleri yapılmış ve aşağıdaki başlıklarda toplanmıştır.

3.5.1. Kullandığınız Aile Planlaması yönteminden memnun musunuz ? diye sorulduğunda görüşme yapılan görüşme yapılan kadınların çoğunluğu memnun olduklarını belirtmiştir. Kadınlar bu düşüncelerini şöyle dile getirmişlerdir.

“Şu anda sipralim var, en baştan beri sipral ile korunduk, memnunum” (K 18, 46 yaş, 7 ay)

“Eşim kendisi korunuyor... hayır prezervatif değil, baştan beri böyle eşim korunuyor, ne bir sipral taktırdım, ne bir doğum kontrol hapı kullandım nede kılıf kullandım hep eşim korundu” (K 4, 49 yaş, 3 ay)

“10 yıl önceki sezeryanımda tüplerimi bağlattım, memnunum, eşimde memnun” (K 3., 41 yaş, 8 ay)

“Eşim korunuyor ama şimdiye kadar istemediğim bir gebelik olmadı, öyle kürtajım falanda olmadı memnunuz” (K 13, 37 yaş, 2 ay)

“20 yıldır eşim korunuyor, başka bir şey kullanmadım, napayım güveniyorum....., eşim hap kullanmamı istemedi, kılıfta sevmiyor, çocukta aldırmadım belki de şanslıydık memnunum.....” (K 1, 44 yaş, 10 ay)

“Doğum kontrol hapı, iğne, siral, prezervatif hiç kullanmadım, en baştan beri eşim dışarı boşalıyor, memnunuz, siral, prezervatif gibi bir şeylerin içimde olması tuhaf geliyor bana.....” (K 17, 35 yaş, 3 ay)

“Şu anda altı aydır adet görmediğim için hiç korunmuyorum, yani eşim korunuyor dışarı boşalıyor, daha önceden 12-13 yıl doğum kontrol hapı ile korundum, siral takılmadı, iğne yapılmadı, memnunum zaten bundan sonra olmaz diye düşünüyorum” (K 8, 43yaş, 9 ay)

“Şu anda siralim var, en baştan beri siral ile korunduk, gebelik istediğimizde ikinci çocuğumda çıkartmıştık tekrar taktırdım, memnunum” (K 12, 43 yaş, 1 ay)

“Eşim bazen prezervatif kullandı, bazen de geri çekme kullandı, bu yüzden iki kez kürtaj oldum, yaşımla çok genç halbuki bazen nasıl gebe kaldığımı bizde anlamıyoruz, memnun değiliz” (K 19, 27 yaş, 10 ay)

“Şu anda eşim korunuyor (geri çekme), siral altı yıl kullandım radyoterapiye gittiğimde çıkarttılar, doğum kontrol hapı bir ay kullandım, bulantı kilo yapıyor diye bıraktım, bir defa üç aylık iğne kullandım sonra yedi-sekiz ay adet görmeyince düzensizleşti diye bıraktım, şimdi memnunum” (K 15, 39 yaş, 2 ay)

“Yedi yıldır tüplerim bağlı, en baştan beri de eşim korunuyordu, şimdi memnunuz”
(K 5, 42 yaş, 10 ay)

“Daha önceden yedi ay doğum kontrol hapı kullandım sonra baş ağrısı, bulantı yaptı bıraktım, dokuz yıl siral kullandım, dokuz yıldır tüplerim bağlı şimdi memnunuz”
(K 2, 39 yaş, 8 ay)

“Prezervatif kullanırken hamile kaldım kürtaj oldum, doğum kontrol hapı bir-iki ay içtim olmadı bulantı yaptı, şimdi eşim korunuyor (geri çekme), ben memnun değilim çocuk istemiyorum” (K 10, 34 yaş, 2ay)

“Doğum kontrol hapı veya iğne kullanmadım, oğlumun doğumundan sonra doktor rahim ağzınız dar siral takılmaz dedi, ilişki sırasında gebe kalırım diye endişe yaşamıyorum onca yıldır olmadığına göre yine olmaz diyorum ” (K 16, 39 yaş, 4 ay)

3.5.2. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra Aile Planlaması ve karşılaşılabileceğiniz problemler ile ilgili herhangi bir danışmanlık aldınız mı ? diye sorulduğunda görüşme yapılan kadınların aile planlaması hakkında bilgi alan sekiz kadının altısının hemşirelerden bilgi aldığı belirlenmiştir. Kadınlar bu görüşlerini şu şekilde belirtmiştir.

“Köydeki sağlık ocağındaki hemşireler hapı, sıprali anlattılar, hap kullanamazmışım, bir şey sormak istediğinde gel demişlerdi” (K 19, 27 yaş, 10 ay)

“Doğumevindeki hemşireler anlattılar, hap olmazmış, hormon varmış, prezervatif verdiler ama kullanmadık” (K 9, 45 yaş, 3 ay)

“Eskişehir de kızım oturuyor onun yanına gittim orda doğumevine gitmişim, sıpralimi değiştirdiler, hemşireler televizyondan kasetten anlattılar, kitaptan resimler gösterdiler” (K 18, 46 yaş, 7 ay)

“Nasıl korunacağımız hakkında kimse bir şey anlatmadı, aslında anlatılmalı çok genç yaşta meme kanseri olan bayanlar var..... hayat her şeye rağmen devam ediyor, belki de biz çok kapalı yetiştirdik bizde kimseye soramazdık ki zaten” (K 20, 49 yaş, 6 ay)

“Önceden kimse aile planlaması anlatmadı ama meme kanseri olduktan sonra doktor gebe kalmasan iyi olur, prezervatif kullanabilirsiniz dedi” (K 7, 39 yaş, 9 ay)

“Kimse bilgi vermedi, soranda olmadı” (K 1, 44 yaş, 10 ay)

“Hemşireler bana anlattılar, kemoterapideki hemşirelere sormuştum korunsan iyi olur demişlerdi, iyi bir yöntem olmalı, hap olmaz, sıprali de ışına gittiğinde çıkartman gerekir, prezervatif kullanabilirsin dediler” (K 13, 37 yaş, 2 ay)

“Burada hastanede kimse bir şey demedi ama ben kendim gidip sağlık ocaklarına sorduğumda hemşirelerden bilgi alabiliyordum, meme kanserinden önce hap kullanıyordum ya şimdi napayım dedim, resimlerden prezervatifi anlattılar doktorda geldi hap olmaz dedi” (K 8, 43 yaş, 9 ay)

“Şu anda siralım var, komşum hemşire benim, meme kanseriyken bir zararı olur mu diye sordum olmaz dursun dedi” (K 12, 43 yaş, 1 ay)

3.6. ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU DAVRANIŞLARA VE KORUYUCU DANIŞMANLIĞA İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge: 3.10. Kadınların üreme sağlığını koruyucu davranışlara ve koruyucu danışmanlığa ilişkin bulgularının dağılımı

ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU DAVRANIŞLARA İLİŞKİN BULGULAR	Sayı (N)
Pap smear testi yaptırma durumu	
Yaptıran	11
Yaptırmayan	9
KKMM bilme durumu	
Biliyor	19
Bilmiyor	1
KKMM hakkında bilgi alma durumu	
Evet	18
Hayır	2
Bilgi Aldıkları Kaynaklar	
Doktor	1
Hemşire	10
Ebe	2
Tv	5
Genital sisteme ilişkin sorun yaşama durumu	
Evet	8
Hayır	12
Genital sisteme ilişkin sorun tipi	
Akıntı	4
Kaşıntı	4
Sağlık ocağına sürekli gitme durumu	
Evet	7
Hayır	13

Çizelge 3.10.’ da görüşme yapılan kadınların üreme sağlığını koruyucu davranışlara ve koruyucu danışmanlığa ilişkin bulgularının dağılımı yer almaktadır.

Kadınların pap smear testi yaptırma durumları incelendiğinde 20 kadının 11’inin pap smear testi yaptırdığı, dokuzunun ise pap smear testi yaptırmadığı belirlenmiştir. Kadınların KKMM’yi bilme durumları incelendiğinde 20 kadının 19’unun KKMM’yi

bildiği, 18'inin KKMM hakkında bilgi aldıkları görülmüştür. Kadınların bilgi aldıkları kaynaklar incelendiğinde ise 10'unun hemşireden, beşinin televizyondan, ikisinin ebe'den, birinin doktordan bilgi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.10.).

Kadınların genital sisteme ilişkin sorun yaşama durumları incelendiğinde sekizinin genital sistem sorunu yaşadığı, bunların dördünün akıntı, dördünün de kaşıntı olduğu belirlenmiştir. Kadınların bir sağlık ocağına düzenli gitme durumları incelendiğinde yedisinin düzenli olarak bir sağlık ocağına gittiği, 13'ünün ise düzenli olarak bir sağlık ocağına gitmediği belirlenmiştir (Çizelge 3.10.).

Görüşme yapılan meme kanserli kadınların üreme sağlığını koruyucu davranışlara ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik sorulara verdikleri yanıtların içerik analizleri yapılmış ve aşağıdaki başlıklarda toplanmıştır.

3.6.1. Pap smear testi yaptırdınız mı ? diye sorulduğunda görüşme yapılan kadınların çoğunluğu pap smear testi yaptırdıklarını belirtmiştir. Kadınlar bu düşüncelerini şöyle dile getirmişlerdir.

“Şikayetim oldukça kadın doğum polikliniğine giderim, en son dört ay önce gittim, smear aldılar iyi çıktı” (K 1, 44 yaş, 10 ay)

“En son ki doğumumdan sonra ilk defa ağustos ayında gittim, smear alındı, temiz çıktı, bir yıl sonra tekrar bakılacak dediler” (K 2, 39 yaş, 8 ay)

“Ben çok önemserim bunları, kadın doğumcuya düzenli olarak gidiyorum, ultrason ve muayeneler yapıldı, şubat ayında smear alındı” (K 3, 41 yaş, 8 ay)

“Düzenli olarak her yıl muayene oluyorum, üç yıl üst üste akıntı örneği aldırırım sonuç iyi çıktı, en son altı ay önce bakıldı temiz çıktı, bunlar çok önemli” (K 5, 42 yaş, 10 ay)

“Aslında en son siplelimi çıkarttırmak için gitmiştim, ondan kısa bir süre sonrada smear alındı temiz çıktı, bu aralar tekrar baktırsam iyi olur” (K 11,43 yaş, 7 ay)

“Bir ay önce hastaneye yatınca doğum doktorları geldi muayene ettiler, smear alındı, bir şey çıkmadı” (K 15, 39 yaş, 2 ay)

“Üç-dört yıl öncede sipral kontrolü için, birde bir ay önce kadın doğumcuya gittim, smear alındı, temiz çıktı” (K 18, 46 yaş, 7 ay)

“En son 19 Temmuz da kadın doğumcuya gittim, smear alındı, temiz çıktı, birde rahime sıçramış mı diye ayrıca parça aldılar normal çıktı, kontrole gideceğim yılda bir kez” (K 19, 27 yaş, 10 ay)

“15 senedir çocuğun doğumundan beri hiç doğum doktoruna gitmedim, smear hiç alınmadı ama doktor gün verdi kadın doğumda muayenem olacak, belki o zaman alırlar ” (K 4, 49 yaş, 3 ay)

“En son doğum doktoruna çocuğumun doğumunda gittim..... adetlerim üç aydır olmuyor diye gitmeyi düşünüyorum, öyle bir test yapılmadı yapılması mı gerekiyor ? alınmadı.....” (K 6, 43 yaş, 8 ay)

“Kadın doğumcuya ameliyattan sonra gittim, sürüntü falan alınmadı ultrason oldu, sonradan çok ilgilenmedim, gitmeyi de düşünmüyorum muayene beni çok rahatsız ediyor, doğumlarımda bile evde yapmak istemiştim” (K 7, 39 yaş, 9 ay)

“En son ki gebeliğimde ramazanda (10 ay önce) gittim, smear alınmadı, hormonlarıma bakıldı kan alındı, hamile kalırsam doktora giderim normalde gitmem” (K 9, 45 yaş, 3 ay)

“Kadın doğumcuya çok az gidiyorum şikayetim oldukça giderim ben.... smear alınmadı, aldırılmayı düşünüyorum” (K 12, 43 yaş, 1 ay)

3.6.2. KKMM yapmasını biliyor musunuz, bu konuda bilgi aldınız mı ? diye sorulduğunda görüşme yapılan 20 kadından 18'inin KKMM'yi bildiği belirlenmiştir. Kadınların bilgi aldıkları kaynaklara bakıldığında 10 kadının hemşireden bilgi aldığı görülmektedir. Kadınlar bu düşüncelerini şöyle dile getirmişlerdir.

“Evet meme muayenesi yapıyorum, kemoterapideki hemşireler anlattı, öyle düzenli değil rastgele aklıma geldikçe yapıyorum” (K 1, 44 yaş, 10 ay)

“Her banyoda meme muayenesi yapıyordum, çünkü banyodan sonra belirginleşiyor diye anlatıyordu hemşire arkadaşlar, kollarımı kaldırarak aynanın karşısında duruşuna bakıyorum, elimde de yokluyorum, yapıyordum” (K 2, 39 yaş, 8 ay)

“Doktorlar, hemşireler, ebeler gezici araç ile köye geldiler, kadınlar toplandı, kabin vardı orda anlattılar, iyice dinledim, bize kitapçık verdiler, eve gittim banyoya girdim dedikleri gibi muayene ettim, göğsümü aynanın önünde eğilerek bir tarafında çekiklik çöküklük var mı diye baktım, sağ mememde kitle elime geldi hemen komşuma gittim anlattım, köye her çarşamba doktor gelir onun yanına git dedi gittim genel cerraha gideceksin dedi, kızım da zaten doktor yanında çalıştığı için hemen gittik, eğer o gün sağlıkçılar gelmeseydi ben hiç aklıma gelip de bakmazdım bile..... sertliği bulmam ile ameliyat olmamın arası 20 gün içinde oldu, çok hızlı yayılan türdenmiş, tabii diğer göğsüme bakıyorum, (aksillar bölgeyi göstererek) elime sertlik var gibi geliyor ama acaba adetten mi oluyor diye merak ediyorum, zaten bu göğsüme de ultrason yaptırmam gerek, (diğer alınan göğsünü göstererek) acaba bu göğsümden mi geliyor ağrı, buraya da mı geldi diyorum” (K 4, 49 yaş, 3 ay)

“İki no’lu sağlık ocağından ebeler hemşireler geldi göğsümüzü nasıl muayene edeceğimizi anlattılar, ben hemen hemen her banyoda yapıyordum, şimdi de her banyoda kontrol etmeye çalışıyorum, Önceden televizyonda sabah programlarından, gazetelerden meme muayenesini duymuştum ara sıra kendim yapıyordum” (K 5, 42 yaş, 10 ay)

“Bir yıl önce ebeler kontrol için meme muayenesi için kapıya gelip broşürü dağıttılar, ablamda küçük bir kitle vardı altı ayda bir ultrasona gidiyordu, bende merak ettim kitapçıktan baktım yaptım, adetim bittikten sonra banyoda bakmıştım yumurta sarısı büyüklüğünde fark ediliyordu” (K 13, 37 yaş, 2 ay)

“İkinci çocuğumu emzirirken şişliği fark etmiştim, ben süt şişliği sanmıştım, köye hemşireler geldi meme muayenesini anlattı, ben kendim adetimin beşinci, altıncı, yedinci günlerinde yapıyordum, gittim sağlık ocağına söyledim beni kanser araştırma merkezine gönderdiler” (K 19, 27 yaş, 10 ay)

“Meme muayenesini ayda bir kez yapmaya çalışıyordum, kanser tarama merkezinde hemşireler bana broşür vermişlerdi” (K 16, 39 yaş, 4 ay)

“Banyo yaparken sağ mememin hemen altında mercimek tanesi kadar küçücük hissediyordum önemsemedim yağ bezesi falandır dedim, karşı komşuma hemşire gelmişti hemen gidip cerraha gösterin dedi, ben gitmedim, bir yıl sonra aynı hemşire komşuma tekrar geldi hala gitmemişsin, hemen gitmelisin deyince kanser araştırma merkezine hemen o gün gittim, mamografi çekildi ona borçluyum” (K 18, 46 yaş, 7 ay)

“Daha önceden koltukaltımdaki sertlik için gittiğimde Söke devlet hastanesindeki doktorum meme muayenesini anlatmıştı, ne zamanlarda nasıl yapılacağını biliyordum, sürekli yapıyordum..... ama elime bir sertlik gelmiyordu, zaten ablam meme kanseri olduğu için yıllık mamografi çektiriyordum orda görüldü” (K 6, 43 yaş, 8 ay)

“Birkaç kez televizyonda izlemiştim sırtüstü yatarak göğsümü nasıl muayene edeceğimi görmüştüm, banyoda muayene ederken sağ göğsümde bir kitle fark ettim, ben kendim buldum. O zaman daha yeni küçük bir büfe açmıştık, orda çalışırken göğsümde ağrı hissediyordum, o yıl benim için sıkıntılı bir yıldır, şimdi diğer mememi her banyoda kontrol ediyorum” (K 8, 43yaş, 9 ay)

“Önceden yaklaşık 15 yıl önce televizyondan, gazetelerden meme muayenesini duymuştum, arada kendim yapıyordum, yapıyordum ama düzenli değil rastgele, belli olmuyordu ellediğim zaman hissetmiyordum zaten ultrasonda çıktı kanser tanı merkezinde kitle saptanınca meme muayenesini gösterdiler” (K 11, 43 yaş, 7 ay)

“Memelerimi kontrol ediyordum, televizyondan görmüştüm” (K 3, 41 yaş, 8 ay)

“Ablamda rahim kanseri var, rahmi alındı, memeye sıçramış, televizyondan görmüştüm ben ona anlattım..... ben muayene ederken bulmadım, bu sıcakta göğsüm çok kaşınmıştı terle ıslaklıkla elime geldi çok moralim bozuldu” (K 12, 43 yaş, 1 ay)

“Yapıyordum, sadece televizyonda duyduklarım ile kendimi banyolarda yokluyordum”
(K 17, 35 yaş, 3 ay)

“Televizyonda duyduğum kadarı ile memelerimi muayene ediyordum altı yıl önce banyodan çıkınca kitlemi fark ettim, hiç doktora gitmedim, fazla beklettim kitle büyüdükçe geldim, çok geç kalmışım..... (üzgün) şişlik gün geçtikçe büyüyordu, ihmal ettim çok ihmal ettim.....” (K 20, 49 yaş, 6 ay)

“Bilmiyordum ama şimdi ebeler meme kanseri olduğumu duymuşlar sağlık ocağından gelip anlattılar, diğer mememi ellemeye korkuyorum muayene etmiyorum” (K 7, 39 yaş, 9 ay)

“Kimse bana meme muayenesi anlatmadı duymadım hiç” (K 10, 34 yaş, 2 ay)

“Kimse bana anlatmadı bende daha önce hiç yapmadım, şimdi diğer mememi kendim kontrol ediyorum ama öylesine yokluyorum korkuyorum bunda da bir şey olursa diye” (K 15, 39 yaş, 2 ay)

3.6.3. Genital sisteme ilişkin sorun yaşadınız mı ? diye sorulduğunda görüşme yapılan kadınların sekizinin genital şikayeti olduğu belirlenmiştir. Görüşme yapılan kadınlar özellikle evlendikten sonra akıntı, kaşıntı, mantar gibi kendilerini ve eşlerini rahatsız edici şikayetlerinin daha fazla olduğunu, tedavi için hekime başvurdukları belirtmişlerdir. Kadınlar bu düşüncelerini şöyle dile getirmişlerdir.

“Mantar mı var bende nedir bilmiyorum kaşıntı oluyor, ilaç yazdırmaya gittim, ilaçları hala kullanamadım, akıntım oluyor, süt çürüğü gibi, koku alamadığım için kokusunu bilmiyorum” (K 12, 43 yaş, 1 ay)

“Yeşilimsi limon renginde köpüklü akıntılarım oluyordu, ilaç tedavisi oldu kesildi şimdi” (K 4, 49 yaş, 3 ay)

“Kaşıntı şikayetim oluyordu, sarı renkte akıntım oluyordu, arada beyazda oluyordu ama bazen kesiliyor tekrar başlıyor, ilaç kullandım geçmedi” (K 3, 41 yaş, 8 ay)

“Ben önceden akıntı şikayeti çok yaşadım, devamlı ped kullanıyordum, sarıydı kötü kokuluydu doktora gittim muayene oldum, rahim ağzında yara var dedi, dondurma işlemi yapıldı, dondurma işleminden sonra geçti, ama ara sıra yine oluyor” (K 11, 43 yaş, 7 ay)

“Sadece kaşıntım var, benim kadın oldu olalı hiç akıntım olmadı” (K 15, 39 yaş, 2 ay)

“Çok akıntım olur benim, pis kokulu, sarı renkte, bir ara kaşıntı olmuştu şimdi kaşıntı azaldı ama akıntı hep var” (K 19, 27 yaş, 10 ay)

4. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı meme kanseri tanısı almış kadınların üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerini belirlemektir. Meme kanserli 20 kadın ile kalitatif yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma meme kanseri tanısı almış kadınların üreme sağlığı konusu kapsamında incelenen gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruyucu davranışlar gibi konularda eğitim gereksinimleri olduğu sonuçlarını açığa çıkarmıştır. Bu sonuçlar, hemşirelerin meme kanseri olan kadınların üreme sağlığı ile ilişkili konulardaki gereksinimlerini karşılayabilme becerilerini arttırabilecektir. Hastaların özellikle kontrasepsiyon, tanı sonrası emzirme ve tedavi konularındaki endişelerinin hemşireler tarafından anlaşılmasını kolaylaştıracak bir çalışmadır. Sonuçlar meme kanserli kadınların gebelik ve doğum, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma ve üreme sağlığı gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik olmak üzere beş başlık altında tartışılmıştır.

4.1. GEBELİK VE DOĞUM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ

Görüşme yapılan kadınların gebelik ve doğum öyküleri incelendiğinde 20 kadının beşi üç gebelik, yedisi ise beş ve üzerinde gebelik geçirmiştir (Çizelge: 3.6). Görüşmelerde görüşme yapılan kadınların yaşadıkları toplam gebelik sayılarına bakıldığında yalnızca bir kadının 20 gebelik yaşadığı kaydedilmiştir.

Görüşme yapılan kadınların % 10'u son bir yıl içerisinde bir kez gebelik geçirmiştir. Araştırmaya katılan meme kanserli kadınlarda biri laktasyonda iken meme kanseri tanısı aldığını ifade etmiştir.

Katılımcıların çocuk isteme durumlarına bakıldığında ise bir kadının meme kanseri tanısı almadan önce sekonder infertilite tanısı ile tedavi aldığı, eşinin varikosel operasyonu geçirdiği belirlenmiştir, 39 yaşındaki katılımcının çocuk sahibi olmayı istemesi meme

kanserli bir kadının gebeliği istediği ancak gebelik durumunda gebeliğini nasıl sürdüreceğini, tedavilerine nasıl devam edeceğini, bu gibi konular hakkında bilgi alması gerekebileceğini ifade etmiştir. Bu durum meme kanserli hastaların gebeliği söz konusu olduğu durumlarda doğum öncesi dönem, doğum ve doğum sonu dönemlerdeki bakım gereksinimleri hakkında daha fazla bilgi gereksinimi olabileceğini düşündürebilir.

Meydan ve ark (2006), meme kanserli bir kadının tekrar çocuk doğurabilmesi için metastatik hastalığının olmadığına gösterilmesi ve özellikle yüksek riskli bayanlarda bu olasılığın göreceli olarak azalması, iki-üç yıla kadar beklenilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Hocaoğlu ve ark (2007)'nin çalıştığı 39 yaşındaki hasta 17 yıldır evli olduklarını, uzun süredir infertilite nedeni ile tetkikler yaptırıp, tedavi aldıklarını ancak çocuk sahibi olamadıklarını, bu durumdan çok etkilendiğini, eşinin meme kanseri olması nedeni ile tüm umutlarının yıkıldığını, bu tür tedavi arayışlarına son verdiklerini, eşinin hastalığı sonrası bir yıldır cinsel ilişkilerinin olmadığını, eşine değer verdiğini, hastalığı sırasında onu terk etmeyeceğini ve çok istediği çocuk sahibi olabilmesi için bir çözüm aradığını ancak eşinin kabul etmemesi durumunda her hangi bir girişimde bulunmayacağını belirtmiştir.

Aynı şekilde Vale ve ark (1998) kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmalarında katılımcıların % 4'ünün çocuk istediği belirlenmiştir. Bu çalışmada ise katılımcıların % 5'i çocuk istemektedir.

Connell ve ark (2006), meme kanseri tanısı alalı ortalama 26 ay olan 13 meme kanserli kadın ile yaptığı kalitatif çalışmada, katılımcılardan biri yumurtalarını dondurabileceğini bu konu hakkında bilgi almak istediğini belirtmiştir.

Avis ve ark (2004), 50 yaş altı, meme kanseri tanısı alalı üç aydan üç yıla kadar değişen 204 meme kanserli kadın ile yaptığı çalışmada katılımcı bazı kadınların teyp kaydındaki cümlelerinde katılımcılar; üreme yeteneğini kaybetmiş olmalarının kendilerini çok kötü hissetmelerine sebep olduğunu, gebelik planlarının olduğunu, doğal bir şekilde menopoza girememenin verdiği üzüntülerini dile getirmişlerdir.

Lavin ve Hyde (2006), meme kanserli kadınlar ile yaptığı çalışmada meme kanserli kadınlar kemoterapi tedavisi aldıklarında gebelik ve doğum gibi anne ve bebek açısından riskli olabilecek durumlar ile karşı karşıya gelmemeleri gerektiğini belirtmiştir.

Schain (1997), meme kanserli kadınların çocuk isteme durumlarını incelediği çalışmasında, meme kanserinde uygulanan tedavilerin, hastaların yaşam süresini azalttığını, erken menopoza girme, hormonal düzensizlik ve cinsel fonksiyonlardaki sorunlar, kemoterapi ve hormon tedavisinin olası yan etkileri olduğunu belirtmiştir. Bu yan etkiler, aynı zamanda doğurganlığı da etkilemekte ve özellikle çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, özellikle çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda tedavinin risk ve yararlarını değerlendirmek, göz önünde bulundurulması gereken önemli bir konudur.

Meme kanserli hastaların gebelik durumu söz konusu olduğunda tedavi, gebe olmayan kadınlara yapılanın aynısı olmalıdır. Tedavide gecikme, istenilen bir durum değildir. Gebelik ve laktasyonda meme kanseri lokal tedavisinde modifiye radikal mastektomi ve takiben kemoterapi ilk trimesterden sonra güvenilir ve tercih edilen tedavi seçeneğidir. Radyoterapi ise doğum sonrasına ertelenmelidir. Gebelerde anestezinin yan etkileri çok fazla değildir. Anestezi nedeniyle spontan abortus % 1 den daha az görülmektedir (Meydan 2006).

4.2. EMZİRME GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ

Meme kanserli kadınların emzirme öyküsüne ilişkin bulguları incelendiğinde 20 kadının her iki memeden de çocuklarını emzirdiği belirlenmiştir. Kadınların ortalama emzirme süreleri incelendiğinde 20 kadından 16'sının 0-12 ay, üçünün 13-24 ay, birinin ise 25 ay ve üstü emzirdiği görülmüştür (Çizelge: 3.7).

Heuch ve ark (2003), 50-69 yaş arası meme kanseri riski taşıyan kadınlar arasında yaptığı çalışmada kadınların çocuklarını ortalama 12 ay emzirdikleri belirlemişlerdir. Bu çalışmanın bulguları bu açıdan Heuch'un çalışma bulguları ile uyumludur.

Gebelikte ve laktasyon dönemindeki fizyolojik değişiklikler nedeniyle memede meydana gelebilecek patolojilerin tanınması ve tedavi edilmesi oldukça zordur. Planlanmayan bir gebelik ve bebeğin emzirilmesi meme kanserli kadınlarda korkular oluşturabilir. Sadece kanserli memenin süt vermesinin biyolojik olasılığına odaklanmak olmak dışında psikososyal boyutuna da odaklanılmalıdır. Bunlar iyi bir anne olmanın emzirme ile eşit tutulmasına dair sosyal beklentilerdir. Meme kanserli kadınlarda üreme sağlığı konularındaki durumlarını anlama, tanı ve tedavilerini sağlamanın yanı sıra bu konulardaki algılamalarda genişletilmelidir (Connell ve ark 2006).

Katılımcıların gebelik söz konusu olsaydı doğum sonu dönemde emzirmeyi isteme durumları incelendiğinde % 45'i emzirirdim, % 30'u doktorlar izin verirse emzirirdim, % 25'i ise emzirmezdim yanıtını vermiştir. Görüşme yapılan kadınların altısı anne sütünün önemini çok iyi bildiklerini, ama yinede kullandıkları ilaçların anne sütünü olumsuz etkileyebileceğini, bu yüzden emzirmeden önce mutlaka bilgi almak gerektiğini belirtmişlerdir.

Connell ve ark (2006), meme kanseri tanısı alalı ortalama 26 ay olan 13 meme kanserli kadın ile yaptığı kalitatif çalışmada katılımcılardan bazılarının doktoru ile görüştüğünü, radyasyondan sonra sütün gelmesinin azalabileceğini, bununda konforsuz emzirmeyi getireceği bilgisini aldıkları görülmüştür.

4.3. CİNSEL AKTİVİTE GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ

Meme kanserli kadınların ilk cinsel ilişkiye girme yaşları incelendiğinde 20 kadından altısının 16 yaşında, dördünün 17 yaşında, beşinin ise 20 yaşında ilk kez cinsel ilişkiye girdiği belirlenmiştir (Çizelge: 3.8).

Meme kanserli kadınlar meme kanseri öncesi cinsel hayatlarından memnun olduklarını, cinsel açıdan daha istekli olduklarını, daha kolay uyarıldıklarını ifade etmişlerdir. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra önceliklerinin değiştiğini, psikolojik olarak desteğe ihtiyaçları olduğu bu dönemde cinselliğin akıllarına bile gelmediğini, cinsel ilişkiye girme arzularının eskisi kadar olmadığını belirtmişlerdir. Meme kanseri tanısı

sonrası meydana gelen bu değişikliklerin radyoterapi ve kemoterapi tedavileri sürecinde yaşanan yorgunluk, bulantı-kusma, ilaçların yan etkisi, cinsel isteksizlik, sıcak basması gibi sorunları beraberinde getirmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Fobair ve ark (2006), 50 yaş ve daha genç ortalama yedi aydır meme kanseri tanısı alan tedavilerinde kemoterapi kullanılan 549 meme kanserli kadın üzerinde yaptığı çalışmada hastalar partnerlerinin onları anlamakta zaman zaman güçlük çektiğini, % 28'inin ciddi boyutta seksüel problem yaşadığını, % 24'ünün vajinal kuruluk yaşadığını ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada görüşme yapılan kadınlar meme kanseri tanısı aldıktan sonra cinsel ilişkiye başladıklarında çok istekli olmadıklarını ve partneri tarafından talep gelmedikçe ilişkiye girmediklerini belirtmişlerdir. Kadınlar meme kaybı, saç kaybı gibi beden imajının olumsuz etkilendiği bu durum karşısında eşlerinin tam tersi olumlu bir tutum sergileyerek bu duruma beraber uyum sağlamaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Özellikle tedavisi tamamlanan hastalarda hastalığın yeniden tekrarlaması korkusundan dolayı cinselliğe tam olarak kendilerini veremediklerini, ayrıca meme kaybı sonrası depresyon, yorgunluk, kadınlık özelliklerin kaybetme hissi gibi sıkıntıların oluştuğunu, bu konuda eşlerin destek olduğunu fakat katılımcıların bazıları psikiyatrik değerlendirme ve tedaviye gereksinim duyduklarını belirten cümleler kullanmışlardır.

Görüşme yapılan kadınların cinsel danışmanlık alma durumu;

Kadınların meme kanseri tanısından sonra cinsel danışmanlık alma durumları incelendiğinde kadınların hiç birisinin cinsel danışmanlık almadığı görülmektedir. Bu durum katılımcılar tarafından sağlık hizmeti veren sağlık personelinin yoğun olması ile birlikte toplumsal kültürün getirileri olarak yorumlanmıştır.

Kadmon ve ark (2004), 50 meme kanserli kadının eşleri ile yaptığı çalışmada katılımcıların % 59'unun meme kanseri bakımı veren hemşireden bilgi aldıklarını belirtmiştir. Takahashi ve Kai (2005), meme kanseri tedavisinden sonra cinselliği araştırdığı çalışmasında, cinselliğin kanser tanısının konulmasını izleyen dönemde ihmal

edildiğini, özellikle Asya’da gerçekleştirilen çalışmalarda bu sonucun gözlendiğini vurgulamışlardır.

Çavdar (2006), yaptığı çalışmada, aktif kanser tedavisi altındaki hastaların % 82’si sağlık çalışanları ile seksüel endişelerini paylaştıklarını, geri kalan hasta grubu ise kanser tedavisi alırken cinselliğin akıllarına gelen en son şey olduğunu ifade etmişlerdir.

Meme kanseri ölümcül olabilen bir hastalık olmasının yanı sıra sıklıkla mastektomi uygulandığı için diğer kanser türlerinden daha çok cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir (Çavdar 2006). Meme kanserinin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ya da hormonal tedavisi hastanın fiziksel sağlığını ve fiziksel sağlığı etkilediğinden dolayı da cinsel hayatını etkilediği belirtilmektedir (Çavdar 2006). Bu çalışmada ise, 20 kadından 17’sinin kemoterapi, 11’inin ise radyoterapi tedavisi aldığı, yedisinin menstrüel siklusunun düzenli, 23’ünün ise düzensiz olduğu bulunmuştur.

Çavdar (2006), yaptığı çalışmasında meme kanseri tedavisi süresince cinsellik ile ilgili sorunları cerrahi tedavisi sürecinde fiziksel görünümde değişiklik, şekil bozukluğu, skar, radyoterapi tedavisi sürecinde, memede ağrı, memede ödem, yorgunluk, libidoda azalma; kemoterapi tedavisi sürecinde erken menopoz, sıcak basması, vajinal kuruluk, disparoni, libidoda azalma, yorgunluk, bulantı-kusma hormonoterapi tedavisi sürecinde, menopozal semptomlar, sıcak basması, vajinal kuruluk/iritasyon, disparoni, libidoda azalma, emosyonel değişiklikler şeklinde gruplandırmıştır.

Thors ve ark (2001), vajinal kuruluğun kemoterapinin bir yan etkisi olduğu, sorunun iyi bir kayganlaşma yardımıyla aşılabileceği ve hekimin önerdiği ilaçların hastayı rahatlatacağı belirtmişlerdir. Takahashi ve Kai (2005), disparoni yaşayan hastada cinsel birleşme sırasında meydana gelebilecek ağrıdan korkabileceğini ve bu partneri üzerinde de rahatsızlığa ve distrese neden olabileceğini bildirmişlerdir.

Barni ve Mondin (1997), 12 ay önce cerrahi tedavi olmuş, cinsel açıdan aktif, tedavisini tamamlamış 50 meme hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmada tedavi sonrası hastalarda cinsel fonksiyonların azaldığını ve en fazla yaşanan sorunların sırasıyla cinsel istek kaybı (% 64), cinsel istekte azalma (% 48), orgazm güclüğü (% 44), vajinal kuruluk (% 42), disparoni (% 38) ve vajinismus (% 30) olduğunu bildirmişlerdir.

Henson (2006), kemoterapötik ajan olarak kullanılan Monoamine oxidase inhibitörleri ve benzodiazepinler, trisiklik antidepresanların vajinal lubrikasyon ve libidoda azalmaya sebep olabileceğini vurgulamıştır. Ayrıca, ilaç uygulamaları, hormonal değişiklikler, aşırı yorgunluk ve kadınlarda nüks korkusunu da cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen diğer faktörler arasında ele almıştır.

Schover (1997), meme kanserli hasta grubunda cinsel istekte azalmanın sebepleri olarak; meme dokusunda kayıp, saçların dökülmesi, ağrı, beden imajı, çocuk doğurma kapasitesi, sağlık durumunu algılamada değişiklikleri göstermiştir. Ek olarak, ilaç uygulamaları, aşırı yorgunluk, nüks korkusunun da cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen diğer faktörler arasında olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada meme kanserli kadınlar cinsel istekte azalmanın sebebi olarak saçlarının dökülmesi, beden imajında meydana gelen fiziksel değişiklikler, kendilerini daha az kadın hissetme, cinsel açıdan daha az cazip hissetme, hastalığın tekrar nüks etme korkusunu düşünme gibi faktörlerden etkilendiklerini ifade etmişlerdir.

Buna ek olarak Ganz ve ark (1998), kemoterapiden belli bir süre sonra bile kemoterapi alanlarda almayanlara kıyasla cinsel sorunların daha fazla yaşandığını bildirmişlerdir. Young-McCaughan (1996), yedi yıl sonra kemoterapi alan hastalarda almayanlara kıyasla vajinal kuruluşunun 5.7, libido azalmasının üç, disparoninin 5.5 ve orgazma ulaşmada zorluğun 7.1 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlardan farklı olarak Joly ve ark (2000), 10 yıl sonra kemoterapi alan ve almayan hastalar arasında cinsel sorunlar açısından fark olmadığını bildirmiştir.

Ganz ve ark (1998), mastektomi uygulanan kadınların beden imajlarının konservatif meme tedavisi uygulananlardan daha bozuk olduğunu ve mastektomili kadınların giyimde/giysi seçiminde daha çok zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada, bu sonuçlara benzer olarak katılımcılardan biri mastektomi sonrası ilk kez dışarı çıkarken kendine yapay bir göğüs yaptığını, giysi seçiminde zorlandığını, memesini saklama gereği duyduğunu belirtmiştir. Bir diğer katılımcı ise eşinin belinden

yukarı dokunmak istemediğini, fiziksel görünümde meydana gelen bu değişikliğin onun cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini, bu durumun sosyal izolasyon gelişmesine neden olduğunu belirtmiştir. Bu konuda psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları zamanlar olduğunu ifade etmişlerdir.

Fobair ve ark (2006), 50 yaş ve daha genç meme kanserli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada tedavilerinde kemoterapi kullanılan 549 meme kanserli kadın ile çalışmışlar, ortalama yedi aydır meme kanseri olan katılımcıların % 50'sinde mastektomiye bağlı olarak beden imajı problemi yaşadıkları, kemoterapi alanların ise saç kaybı, kilo alma, halsizlik problemleri yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Avis ve ark (2004), 50 yaş altı, meme kanseri tanısı alalı üç aydan üç yıla kadar değişen 204 meme kanserli kadın ile yaptığı çalışmada, katılımcı bazı kadınların “ aynanın karşısına geçtiğimde eski günlerimi hayal ediyorum..... şimdi içime bir şeyler koymam boşluğu kapatmam gerekiyor”, “ çoğu zaman sanki diğer kadınlar hissediyorlar da bakıyorlar, fark ediyorlar gibi geliyor” şeklindeki cümleleri bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Avis ve ark (2004), aynı çalışmalarında en fazla göze çarpan sonuçlar incelendiğinde; kadınların % 46.7'sinin vücutlarında meydana gelen değişiklikten rahatsızlık duyduğunu, % 40.7'sinin cinsel ilişki sırasında vajinal kayganlıkta güçlük yaşadığını, katılımcıların % 41.7'sinin cinselliğe ilgi duymadığını belirlemiştir.

Bu çalışmada meme kanserli evli 18 kadından dokuzunun beden imajındaki değişikliğin kendilerini kadın olarak hissetme algılarını değiştirdiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların altısı ise, cinselliğin hiç akıllarına gelmediğini ifade etmiştir.

Wellisch (2006), tanı öncesi evlilik ilişkileri güçlü olan erkeklerin hastanede daha sık eşlerinin yanında olduğunu, daha çabuk seksüel aktivitelerine başladıklarını ve eşlerini çıplak görmede daha istekli olduklarını bildirmiştir. Görüşme yapılan kadınların çoğunda, eşler arasında olumlu ilişkiler görülürken, eşler arasında olumlu ilişkiler sadece birkaç çiftte görülmemiştir. Katılımcılar, kabullenme olan çiftlerde eşler arasında dostluk ve dayanışmanın yeterli, kabullenme olmayan çiftlerin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Kızılcı (1999), kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yaptığı çalışmada 31 meme kanserli hastanın %11.84'ü seksüel fonksiyonlarında anlamlı düzeyde olumsuz değişiklikler olduğunu bildirmişlerdir.

Sertöz ve ark (2004), meme kanseri olan 75 hasta ile yaptıkları çalışmada, total mastektomi ameliyatı geçiren 50 kadının % 78'inin vajinusmus yaşadığını, % 68'inin ise cinsel isteksizlik yaşadıklarını ve cinsel ilişkiden kaçınma davranışı gösterdiklerini bildirmişlerdir.

Katılımcıların hepsi mastektomi operasyonu geçirmiş olup, 17 kişi kemoterapi almıştır. Katılımcıların beşi tedavinin cinsel yaşamlarını etkilemediğini, sekizinin ise cinsel aktivitede bulunma isteğinin olduğunu ifade etmişlerdir (Çizelge: 3.4). Çalışma yapılan kadınlar cinsellik konularında bazen yetersizlik, başarısızlık hissettiklerini, bazen başarısızlık ve yetersizlik hissettiklerini, bazen de utanma hissettiklerini ve büyük üzüntü yaşadıklarını sonuçta cinselliğin sürdürülmesi konusunda psikolojik yardım almayı istediklerini belirtmişlerdir.

Can (2003) yaptığı araştırmada, 40 meme kanserli katılımcının % 87.5'i mastektomi operasyonu geçirmiş olup, % 60'ı kemoterapi aldığını belirlemiştir. Katılımcıların % 17'si tedavinin cinsel yaşamlarını etkilemediğini, % 45'i ise cinsel aktivitede bulunma isteğinin olduğunu ifade etmiştir.

Avis ve ark (2004), 50 yaş altı meme kanseri tanısı alalı üç aydan üç yıla kadar değişen 204 meme kanserli kadın ile yaptığı çalışmada, katılımcı bazı kadınların enerjilerinin yeterince az olduğunu, cinsellik ile enerji kaybetmek istemediklerini, ameliyat bölgelerinin seks sırasında zarar görebileceğini, kemoterapiden sonra vajen kaslarının sertleştiğini hissettiklerini, bunda ilişki sırasında ağrı yaptığını belirten cümleleri kadınların cinsel aktivitede bulunma isteklerinin azaldığını desteklemektedir.

Lavin ve Hyde (2006), İrlanda'da 10 meme kanserli kadın ile yaptığı kalitatif araştırmada katılımcıların sekizi 25-40, ikisi 40-55 yaş grubundadır. Katılımcılar bu çalışmaya benzer ifadeleri kullanmışlardır. Kemoterapi ile birlikte güçsüzlük, bulantı, iğrenme, korkunç yorgunluk hissettiklerini, cinsel ilişkilerinde ağrı ve zorlanma

hissettiklerini, enerjilerini dikkatli kullanmaları gerektiğini, hastaların seksüalite ve fertilitte konusunda eğitilmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Henson (2006), endometriyal ve servikal kanserli, cerrahi ve radyasyon tedavisi uygulanan 27 kadının incelendiği bir çalışmada, hastaların % 59'unun konuya ilişkin hiç bilgi almadığı, en çok cinsel danışmanlığın radyologlar tarafından yapıldığı, % 85'inin de cinselliğin konuşulmasını önce sağlık profesyonellerinin başlatmasını istediği belirlenmiştir. Yine meme kanseri tanı ve tedavisinin kadının psikoseksüel fonksiyonlarını ve yakın ilişkilerini olumsuz olarak etkilediği, ancak sağlık profesyonellerinin sağ kalan meme kanserli kadınlarla beden imajı, cinsellik ve eş ile iletişim konularında nadiren konuştuğu bilinmektedir (Anllo 2000).

Haboubi ve Lincoln (2003), sağlık profesyonellerinin (toplam 813) hastalarla cinselliği tartışmaya bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, % 90'nın cinsellik konusunun holistik hasta bakımının bir parçası olduğunu kabul etmelerine karşın, % 86'sının bu konuya yeterince eğilmediğini, % 94'ünün de hastalarıyla cinsellik konusunu tartışılmasının pek mümkün olmadığını ifade ettiklerini bulmuşlardır. Eğitim, rahatlık ve gönüllülük açısından gruplar arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Cinsellik konusunu tartışmada terapistlerin hekim ve hemşirelere göre daha az bilgili, rahatsız ve daha gönülsüz olduklarını, hekimlerin anlamlı olarak diğer gruplardan daha fazla bu konuyu hastalarıyla tartıştıklarını gözlemlemişlerdir. Guthrie (1999), çalışmada, hemşirelerin hastanın cinselliğinden sorumlu olduklarını kabul ettikleri, fakat hem hastaların hem de hemşirelerin bu konuyu konuşmaktan kaçındıkları belirlemiştir.

Aygin ve Aslan (2005), yaptığı çalışmada, meme kanserinde uygulanan tedaviler sonrasında hastaların % 57.9'unda cinsel işlev bozukluğu olduğu saptamıştır. Cameron ve Horsburgh (1998), genç ve yaşlı kadınların meme kanserine bakışını incelediği çalışmada ileri yaş grubundaki kadınların genç hastalara göre daha az cinsel problem yaşadıkları bildirmiştir. Ayrıca, genç kadınların beden imajı ve cinsellik hakkında daha fazla kaygı duydukları ve duygusal distres yaşadıklarını bildirilmiştir.

Can (2003), Amerika'da 18-59 yaş arası sağlıklı kadınlarda cinsel problemler üzerine yapılan bir çalışmada kadınların % 33.4'ünün cinselliği önemsemediği, % 24.1'inin

orgazma ulaşamadığı, % 21.2'sinin cinsel haz alamadığı, % 14.4'ünün ağrı hissettiği, % 18.8'inin vajinal nemlenmede sorun yaşadığı saptamıştır.

4.4. KONTRASEPSİYON GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ

Görüşme yapılan kadınların Aile Planlaması kullanma durumları;

Görüşme yapılan kadınların medeni durumları incelendiğinde 20 kadından 18'i evli, ikisi boşanmıştır. Evli olan katılımcıların kontraseptif kullanma durumları incelendiğinde beşi etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Etkili aile planlaması yöntemi kullananların üçü Tüp ligasyon, ikisi ise RİA ile korunmaktadır. Etkisiz aile planlaması yöntemi olarak geri çekme kullanılmıştır. Katılımcılardan 16'sı kullandığı aile planlaması yönteminden memnun olduğunu ifade etmiştir (Çizelge: 3.9).

Vale ve ark (1998), kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmalarında, kullandıkları kontraseptif yöntemler incelendiğinde 183 katılımcıya sorulmuş, 165 katılımcı cevaplamıştır. Katılımcıların 78'inin kontraseptif yöntem kullandığı, bunların % 64'ünün etkili bir aile planlaması yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Etkili yöntemlerin içinde en popüler olanın kondom olduğu belirlenmiştir.

Görüşme yapılan kadınların Aile Planlaması gereksinimi;

Görüşme yapılan kadınların önemli bir bölümü premenopozal'dir. Bu hastalarda kemoterapiye bağlı menopoz gelişimi iyi bilinen bir durumdur ve özellikle genç hastalarda sıklıkla geri dönüşümlüdür. Bu durum istenmeyen gebeliklere neden olabileceği gibi tedavi etkinliğini de azaltabilir. Bu nedenle hastaların menstrüel durumları ve menopozal semptomları dikkatle değerlendirilmeli ve korunmaları önerilmelidir (Meydan ve ark 2006).

Meydan ve ark (2006), çalışmasında, meme kanserli kadınların korunması gerektiğinin önemini 27 yaşındaki katılımcının “ Son bir yıl içinde gebelik oldu, memem alınırken aynı anda kürtaj oldum, benim için çok karışık bir duyguydu, aslında çocukları

severim ama bu hastalıkla aynı anda öğrenince sanki kurtulmak istiyormuş gibi hissediyorsun” cümlesi daha iyi açıklamaktadır.

Connell ve ark (2006), yaptığı bir çalışmada katılımcılardan biri ise, “menopoza girse de veya tüp ligasyonu yaptırsa da yine kendini gebe kalma açısından riskli hissedeceğini”, “eşi içinde vazektomi isteyemeyeceğini çünkü kanser hastası olduğu için kanserden öleceğini düşündüğünü, fakat eşinin başka evlilik yapıp çocuk sahibi olmak isteyebileceğini” belirtmiştir.

Görüşme yapılan kadınlardan bazıları hamile olma düşüncesinin bile onları korkutmaya yettiğini, işin sadece gebelikle bitmediğini, bebeği nasıl emzirecekleri problemleri gibi gebelik konusundaki endişelerini belirten cümleler kurmuşlardır. Ayrıca, bir diğer katılımcı ise, gebelik olursa memelerin dolgunlaşacağını, bu durumun bir nüks riskine sebep olabileceğini düşündüğünü ifade etmiştir. Katılımcılar eşleri ve kendileri ile kullanabilecekleri korunma yöntemlerinin mutlaka konuşulması gerektiğini, sağlık personelinin çok fazla yakın bulamadıkları için sorduklarını ifade etmişlerdir.

Kemoterapinin Aile Planlaması gereksinimine olan etki durumu;

Kemoterapi uygulanan premenopozal kadınlar erken menopoz riski ile karşı karşıyadırlar. Bu durum sadece doğurganlık yitimiyle sonuçlanmaz aynı zamanda daha erken yaşlarda kardiyovasküler hastalık, osteoporoz, ateş basması, terleme ve vajinal kuruluk gibi hastalık ve semptomların gelişimine neden olarak önemli sağlık sorunlarına zemin hazırlar (Meydan ve ark 2006). Görüşme yapılan kadınların dokuzu sıcak basması, dokuzu ise terleme gibi premenopozal şikayetleri olduğunu ifade etmiştir. Kemoterapiye ek olarak tamoksifen gibi hormonal ajanlar hastaların yaklaşık yarısında adet düzensizliği veya amenoreye neden olsa da çoğunlukla geçicidir (Meistrich ve ark 2005).

Vale ve ark (1998), kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmalarında % 77’sinin menstruasyonu düzenli olduğu, % 28’inin ise kemoterapi almaya başladığından itibaren menstruasyonunun olmadığı belirlenmiştir.

Kemoterapi ile oositlerin yıkımı follikül azalması yoluyla östrojen yetersizliğine neden olur. Kemoterapi sonrasında menstrüel durum üç şekilde bozulabilir. Olgun

follikülerin yıkımı ile oligomenore (altı aya kadar adet düzensizliği) veya geçici menoz (en az altı ay adet görmeme) ile, primordial folliküllerin menstrüel siklusu devam ettirecek minimum düzeyin altına inmesiyle kalıcı menoz (bir yıldan daha fazla süren adet görmeme) ortaya çıkabilir (Meydan ve ark 2006).

Bu çalışmada meme kanserli kadınların menstrüel siklusları incelendiğinde 13'ü menstrüel sikluslarının düzensiz olduğunu belirtmiştir (Çizelge: 3.5). Katılımcılar bu düzensizliğin onlar için bir gebelik riski olabileceğini, uzun süre adet görmedikleri zaman gebe kalmayacağı düşüncesi ile korunmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum katılımcıların aile planlaması eğitimi gereksinimi olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Görüşme yapılan kadınların Aile Planlaması konusundaki bilgi alma durumları;

Görüşme yapılan kadınların sekizi meme kanseri tanısından sonra aile planlaması hakkında bir sağlık personelinin danışmanlık almıştır. Bilgi alınan kaynaklar incelendiğinde 20 kadından ikisinin hemşireden, altısının ise doktordan bilgi aldığı belirlenmiştir (Çizelge: 3.9).

Ayrıca; araştırma kapsamına alınan kadınlar aile planlaması, cinsellik gibi kültürümüzde rahatlıkla konuşulamayan konuları doktorları ile konuşmadıklarını ve hemşirelerin bu konuda daha ilgili davrandıklarını belirtmişlerdir. Kadınlar doktorları bu konularda daha mesafeli gördüklerini, çok ciddi bir açıklama gerekmediği müddetçe bu konuları konuşmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bazıları iş yoğunluğundan dolayı sağlık personelinin zamanlarını almak istemediklerini ifade etmişlerdir.

Vale ve ark (1998), kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmalarında kontrasepsiyon hakkında bilgi alma durumları incelendiğinde ise katılımcıların % 27'sinin doktordan veya meme kanserli hastalara bakım veren hemşireden bilgi aldığı, 50 katılımcının kemoterapi uygulaması yapan hemşire ile bu konuyu konuştuklarını saptamışlardır. Bilgiyi yeterli bulma durumlarına bakıldığında ise, % 68'i bilgiyi yeterli bulmuş, % 26'sı çok yeterli bulmuş, % 6'sı bilgiyi yetersiz bulmuştur.

Gebelikten korunma kemoterapi alan hastalarda oldukça önemlidir. Meme kanserli hastalara kemoterapi başladığı andan itibaren gebelikten korunmak için danışmanlık verilmelidir (Vale ve ark 1998).

4.5. ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU DAVRANIŞ GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ

Meme kanserli kadınların üreme sağlığını koruyucu davranışlara ilişkin bulguları incelendiğinde katılımcıların % 55'i pap smear testi yaptırmış olup, % 35'i düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiğini belirtmiştir.

O'Shaughnessy (2007), yaptığı çalışmada kemoterapi alan meme kanserli hastaların östrojen seviyelerindeki değişiklik nedeniyle düzenli olarak üreme sağlığı açısından smear testi ve jinekolojik muayene yaptırmaları gerektiğini belirtmiştir.

Görüşme yapılan kadınlar ne kadar süre aralıklar ile pap smear yaptırmaları gerektiğini, ne kadar süre aralıklar ile jinekolojik muayene olmaları gerektiğini soran ifadeler kullanmışlardır.

Beaver ve ark (2006), meme kanserli kadınların gereksinimlerini belirlemek üzere yaptığı çalışmada, 67 meme kanserli kadını telefon ile arayarak kadınların gereksinimlerini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Bilgi gereksinimleri oldukları konular incelendiğinde ise % 74.4'ü genetik risk, % 67.8'i ise aile planlaması ve jinekolojik muayene cümlelerini içeren üreme sağlığı kapsamında sorular sormuştur. Ayrıca, % 30'unun meme kanseri hakkındaki bilgiyi klinik hemşiresinden aldığı belirlenmiştir.

Görüşme yapılan kadınların KKMM'yi bilme durumları incelendiğinde 20 kadından 19'unun KKMM'yi bildiği, 18'inin KKMM hakkında bilgi aldıkları görülmüştür. Kadınların bilgi aldıkları kaynaklar incelendiğinde ise, 10'unun hemşire'den, beşinin televizyon'dan, ikisinin ebe'den, birinin de doktor'dan bilgi aldığı belirlenmiştir (Çizelge: 3.10).

Renton ve ark (2002), yaptığı çalışmada meme kanserli hastaların takiplerinde memenin gerek fizik muayenesi gerek radyolojik muayenesi önemli olduğu kadar kadının üreme sağlığına yönelik alışkanlıklarının mutlaka gözden geçirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Görüşme yapılan kadınların üçü diğer memesinde de kanser görülme olasılığının yüksek olduğunu duyduklarını, meme muayenesi hakkında düzenli aralıklarla kontrol edilmesi gerektiğini, genelde mamografi çekildiğini, kemoterapi için üç haftada bir geldiklerinde diğer memelerinin de muayene edilmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmiştir.

Meme kanserine ilişkin çeşitli araştırma raporları kadınlarda meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışların yetersizliğine işaret etmektedir (Barroso ve ark 2000, Sadler ve ark 2001). Burwell ve ark (2006), Amerikalı kadınlarda yapılan çalışmasında düzenli KKMM yapma sıklığını % 18-36 ve 40 yaş üstü kadınlarda yıllık mamografi yaptırmaya sıklığını ise % 20-50 olarak saptamışlardır.

Türkiye’de kadınların meme kanserine yönelik uygulamalarını etkileyen faktörleri inceleyen standardize araçların yetersizliği nedeniyle bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Ayhan ve Yorğancıoğlu (2006), çalışmasında ayda bir kez KKMM yaptığını belirtenlerin oranı % 32.5 olarak belirlemiştir.

Katılımcıların % 25’inin kız kardeşinde meme kanseri öyküsü belirlenmiştir. Kılıç ve ark (2003), meme kanserli kadınlar ile yaptığı meme kanserinde risk faktörlerini araştırdığı çalışmalarında ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların sıklığı % 18.5 olarak bulmuşlardır. Bu bulgu bu çalışmanın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Olsson ve Bladstrom (2002), İsveç’te 434 meme kanseri olan kadın hastada yaptıkları bir çalışmada aile öyküsü pozitifliği % 10.3 olarak bildirilmiştir. Russo ve ark (2002), çalışmalarında katılımcıların ailelerinde meme kanseri bulunma sıklığını Pakistan’da % 18.0 ve İtalya’da % 18.8 olarak belirlemişlerdir. Bu bulgular çalışmanın sonuçlarına benzerdir.

Görüşme yapılan kadınlar, kemoterapi tedavisi sırasında hemşirelerin kendileri ile yakından ilgilendiğini ve sorularının yanıtlanması, bilgi gereksinimlerinin giderilmesi konusunda destek olduklarını belirtmişlerdir.

Tierney (1990), yaptığı çalışmada; hastaların kemoterapiye başlanmadan önce çoğunlukla bilgiye, tedavi sırasında ise desteğe gereksinim duyduklarını belirtmektedir ve bu süreçte özellikle onkoloji ünitesinde çalışan hemşirelerin hastalara destek olmaya istekli olduklarını ve hastaların yaşadıkları sıkıntılar hakkında daha fazla bilgi toplamayı istediklerini vurgulamaktadır.

Aslan (2006), 33 meme kanserli kadın ile yaptığı çalışmasında katılımcılar, meme kanseri tanısı aldıktan sonra cinsel hayatlarında ve adet düzenlerinde değişimler olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalara hemşireler tarafından verilen eğitimden sonra semptomların sıklığı, şiddeti ve semptomlardan rahatsızlık duyma derecelerinde azalma olduğu belirlenmiştir.

5. SONUÇ

Meme kanserli kadınların üreme sağlığına ilişkin gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran 20 meme kanserli kadın ile görüşülmüştür. Görüşmeler artık yeni bir bilgi ortaya çıkmayınca kadar sürdürülmüştür.

Görüşmeler sonucunda elde edilen veriler daha önce belirlenen gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruyucu davranış gereksinimleri şeklinde sınıflanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar farklı kültür normlarına ve farklı sağlık davranışlarına sahip olan kadınların gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruyucu davranış konularında uygulamaları farklılıklar gösterebileceğinden bu çalışmanın sonuçları görüşme yapılan meme kanserli kadınlar için geçerlidir, genellenemez. Meme kanserli kadınlar ile yapılan görüşmelerde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Meme kanseri olan genç kadınların üreme sağlığı ile ilişkili konulardaki gereksinimleri vardır. Bu çalışma ile bu gereksinimlerin neler olduğu ortaya konmuştur.

Görüşme yapılan meme kanserli kadınların büyük çoğunluğu iki ve üzerinde gebelik geçirmiş olmakla birlikte etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. Fertilite ve gebelik konusunda endişesi olan kadınlar çocuk isteme konusunda oldukça karmaşık duygular yaşamaktadır. Kadınların özellikle çocuk istemediklerini, gebe kalmaları durumunda gebeliği sonlandırmaya başvuracağını belirtmişlerdir. Meme kanserli kadınların ifadelerinden “bir çocuğun dünyaya gelmesi durumunun” kadında anne olma duygusu oluşturduğu ama bununla meme kanseri olduğu için suçluluk ve bencillik duygusunu da beraberinde getirdiği ortaya çıkmaktadır. Kadınların ifadelerinden gebeliğin sağlıklı bir bebek ile sonlanması durumunda kendilerinin yaşam sürelerinden ve ekonomik

durumlarından kaygı duyduklarını bunun getirdiği karmaşa ile doğurmak istemedikleri belirlenmiştir.

Görüşme yapılan meme kanserli kadınların hepsi çocuklarını her iki memeden de emzirdiklerini ifade etmiş olmaları ile birlikte çoğunluğunun çocuklarını sadece 12 ay emzirdiği bulunmuştur. Görüşme yapılan meme kanserli kadınların yarısı gerçekleşebilecek bir doğum sunucunda bebeklerini emzireceklerini ifade etmişlerdir.

Görüşme yapılan kadınlarda gebelik söz konusu olursa doğum sonu dönemde bebeği emzirebilmeleri korkularının laktasyonun getireceği memelerdeki değişikliklerin tekrar meme kanseri nüksünü gündeme getirme ihtimalini dile getirmişlerdir. Ayrıca, doğum söz konusu olursa bebeklerini nasıl besleyeceklerini, emziremeyeceklerini, ilaç kullandıkları için bu ilaçların bebeğe ne gibi bir etkisi olabileceğini bilmediklerini belirtmişlerdir.

Meme kanserli kadınlar meme kanseri öncesi cinsel hayatlarından memnun olduklarını, cinsel açıdan daha istekli olduklarını, daha kolay uyarıldıklarını ifade etmişlerdir. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra önceliklerinin değiştiğini, psikolojik olarak desteğe ihtiyaçları olduğu bu dönemde cinselliğin akıllarına bile gelmediğini, cinsel ilişkiye girme arzularının eskisi kadar olmadığını belirtmişlerdir. Meme kanseri tanısı sonrası, eşlerinin cinsellik konusunda olumlu bir tutum sergileyerek bu duruma beraber uyum sağlamaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Görüşme yapılan meme kanserli kadınlar; meme kanserinin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi tedavisi süresince cinsellik ile ilgili sorunlarının olduğunu, cerrahi tedavisi sürecinde; fiziksel görünümde değişiklik, şekil bozukluğu; radyoterapi tedavisi sürecinde, memede ağrı, memede ödem, yorgunluk, libidoda azalma; kemoterapi tedavisi sürecinde; erken menopoz, sıcak basması, vaginal kuruluk, libidoda azalma, yorgunluk, bulantı-kusma, menopozal semptomlar, emosyonel değişiklikler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Tüm bunlara karşın kadınların meme kanseri tanısından sonra cinsel danışmanlık alma durumlarına bakıldığında ise, kadınların hiç birisinin cinsel danışmanlık almadığı bulunmuştur.

Görüşme yapılan meme kanserli kadınlar premenopozal dönemde olmalarına karşın etkisiz bir aile planlaması yöntemi ile korunmaktadır. Ayrıca, meme kanseri tedavisinde kullanılan kemoterapik ajanların ve radyoterapinin menstrüel siklus değişiklikleri yapması ile birlikte kadınlar gebe kalma açısından risk grubunda olduklarının farkında değildir. Görüşme yapılan kadınlar meme kanseri tanısından sonra aile planlaması konusunda danışmanlık almadığını belirtmişlerdir. Bilgi alan kadınların ise sağlık personelinin bilgi alma durumu oldukça düşüktür.

Görüşme yapılan “kadınlar ne kadar süre aralıklar ile pap smear yaptırmaları ? ve jinekolojik muayene olmaları” gerektiğini soran ifadeler kullanmışlardır. Kadınlar ifadelerinde, doğumlarında veya yakınmaları olduğu zaman jinekolojik muayeneye gittiklerini belirtmişlerdir. Görüşme yapılan meme kanserli kadınların KKMM hakkında bilgi aldıklarını ifade eden cümlelerde bilgi alınan kaynağın hemşireler olduğunu belirtmişlerdir.

Sadece meme kanseri olan kadınlar değil aynı zamanda meme kanserli kadınlar ile ilişki kuran sağlık personelinin bu konuda bilgilendirilmesi ve bu konularda çalışmalar yapılması gereklidir. Hemşireler, laktasyon danışmanları, danışmanlar ve sosyal hizmet uzmanları olmak üzere bu konuda çalışanlar eğitilmelidir.

Sağlık profesyonelleri; hastaların normal cinsel fonksiyonunu geçici ya da kalıcı etkileyebilen hastalıkları bilmeli, uygun iletişim tekniklerini kullanarak hastalarla cinsel yaklaşım konusunda konuşabilmeli, eğitim verebilmeli ve özel tedavi gerekli durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirmelidir. Meme kanserli kadınların üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerinin belirlenmesi için daha fazla kalitatif ve kantitatif araştırmaların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran meme kanserli kadınların üreme sağlığına ilişkin gereksinimlerini belirlemek amacıyla niteliksel yöntem kullanılarak yapıldı.

Araştırmada veriler, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran meme kanserli kadınlar için hazırlanan “Kadına İlişkin Bilgi Formu” kullanılarak 15 Mart 2007-15 Eylül 2007 tarihleri arasında toplandı. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran araştırma kriterlerine uygun olan 20 meme kanserli kadın ile çalışıldı.

Görüşmeler bittikten sonra verilerin ham dökümleri yapıldı. Ham verilerin, daha önceden belirlediği temalara göre sınıflandı. Bu temalar gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruyucu davranışlardır.

Bu çalışma ile hemşirelerin: Meme kanseri olan kadınların üreme sağlığı ile ilişkili konulardaki anlayışları arttırabilecektir. Bu çalışma hastaların özellikle kontrasepsiyon, tanı sonrası emzirme ve tedavi konularındaki endişelerini anlamamızı kolaylaştıracak bir çalışmadır.

Sonuç olarak, meme kanseri tanısı almış kadınların üreme sağlığı konusu kapsamında incelenen gebelik, emzirme, cinsel yaşam, gebelikten korunma, üreme sağlığını koruyucu davranışlar gibi konularda eğitim gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının; meme kanseri tanısı aldıktan sonra kadınlara, üreme sağlığı konusunda eğitim vermeleri ve danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler; Meme kanseri, gebelik, emzirme, cinsellik, kontrasepsiyon.

SUMMARY

Determination of the Needs of the Women with Breast Cancer for Reproduction Health

This research was performed using a qualitative method in order to determine the needs about the reproductive health of women with breast cancer who were referred to Adnan Menderes University Hospital.

Research data were collected from the women with breast cancer who were referred to Adnan Menderes University Hospital using a “questionnaire of women” from 15 March 2007 to 16 September 2007. 20 women with breast cancer who met the research criteria participated in the research.

The interviews were completed and data were classified according to themes determined before. These themes were pregnancy, breastfeeding, sexual life contraception and the attitudes for reproductive health.

With this study, we hope to increase the awareness of the nurses towards the issues related with the reproductive health of young women with breast cancer. In this study that we aimed the worries of patients’ with breast cancer especially about contraception, breastfeeding after the diagnosis and the treatment be easily understood.

As a result, we conclude that women with breast cancer had an educational need for the subjects like pregnancy, sexual life, contraception, attitudes for reproduction health. Health care professionals should understand that women diagnosed as a breast cancer have needs about the reproduction health and health care professionals should educate these women.

Key Words; Breast cancer, pregnancy, breastfeeding, sexuality and contraception.

KAYNAKLAR

Acar F (2000) *Kadınların insan haklarının gerçekleşmesi ve ayrımcılığın önlenmesinde uluslar arası standartlar*, Birinci Baskı, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.

Akın A (1998) *Güvenli annelik*, Sağlık ve Toplum Dergisi, 8: 3-4.

Akın A (2003) *Toplumsal cinsiyet sağlık ve kadın*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Aksayan S (1999) *Kalitatif araştırmalar ve hemşirelik*, 7. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 22-24 Haziran, Erzurum, Bildiriler Kitabı, s: 12-19.

Alkan B (2002) *Opere meme kanseri tanısı ile sistemik adjuvant kemoterapi (adriamisin, siklofosfamid) alan hastalarda prognostik faktörlerin hastalıksız sağ kalıma etkileri*, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Anllo LM (2000), *Sexual life after breast cancer*, Journal of Sex & Marital Therapy, 26: 241-248.

Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, Eriksson K (2004) *Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences*, International Journal of Nursing Practice, 10 (6): 248-256.

Aslan FE, Gürkan A (2007) *Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi*, Meme Sağlığı Dergisi, 3 (2): 12-14.

Aslan G (2006) *Meme kanseri olan bireylerin birinci derece akrabalarının bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A (2006) *Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (1): 15-28.

Avis NE, Crawford S, Manuel J (2004) *Psychosocial problems among younger women with breast cancer*, Psycho-Oncology Journal, 13: 295-308.

Aydın İ (2003) *Meme kanserinin erken tanısına yönelik iki farklı eğitimin, öğretmenlerin meme kanseri taramalarındaki inanç ve davranışlarına etkisi*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Aygin D, Durat G (2006) *Meme kanserli kadınlarda cinsel sorunlar ve yaklaşım*, Kadın Cinsel Sağlığı Hemşire Çalışma Grubu, 3 (2): 352-354.

Aygin D, Aslan FE (2005) *Meme kanseri ve tedavilerin cinsel işleve etkisi*, VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 21-24 Eylül 2005, İstanbul, Kongre Özet Kitabı, s: 358.

Ayhan FF, Yorğancıoğlu ZR (2006) *Meme kanseri ve rehabilitasyon*, Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri, 2 (10): 39-48.

Bailey PH (1997) *Finding your way around qualitative methods in nursing research*, Journal of Advanced Nursing, 25: 18-22.

Barroso J, McMillan S, Casey L (2000) *Comparison between African American and white women in their beliefs about breast cancer and their locus of control*, Cancer Nursing, 23 (4): 268-276.

Barni S, Mondin R (1997) *Sexual dysfunction in treated breast cancer patients*, Annals of Oncology, 8: 149-153.

Beaver K, Twomey M, Witham G, Foy S, Luker KA (2006) *Meeting the information needs of women with breast cancer: Piloting a nurse-led intervention*, European Journal of Oncology Nursing, 10: 378-390.

Bolis PF (2005) *Hai notato qualche cambiamento nel seno? Do You Have A Breast Change?* Italian National Breast Cancer Centre Journal, 9: 1-4.

Budakoğlu I, Maral I (2004) *Ankara ili Gölbaşı ilçesi Bahçelievler mahallesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgileri, davranışları ve bu konudaki bilgi ve beceri eğitiminin etkinliği*, IX. Halk Sağlığı Kongresi, 3-6 Kasım 2004, Ankara, Bildiriler, s: 42-43.

Bukovic D, Fajdic J, Hrgovic Z, Kaufmann M, Hojsak I, Stanceric T (2005) *Sexual dysfunction in breast cancer survivors*, International Journal of Cancer Research and Treatment, 28: 1.

Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE (2006) *Sexual problems in younger women after breast cancer surgery*, Journal of Clinical Oncology, 24 (18): 2815-2821.

Cameron S, Horsburgh M (1998) *Comparing issues faced by younger and older women with breast cancer*, Canada Oncology Nursing Journal, 8: 40-44.

Can G (2003) *Meme kanseri tanısı ile radyoterapi, kemoterapi hormonoterapi alan hastalarda cinsellik*, 2.Uluslar arası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 7-11 Eylül 2003, Antalya, Bildiriler, s: 105-117.

Carnwell R, Baker SA (2003) *A qualitative study to evaluate breast care nursing in North Wales from the user perspective*, Clinical Effectiveness in Nursing, 7: 171-179.

Connell S, Patterson C, Newman B (2006) *A qualitative analysis of reproductive issues raised by young Australian women with breast cancer*, Health Care for Women International, 27: 94-110.

Conte PF, Bengala C, Guarneri V (2007) *Controversies of chemotherapy for the treatment of metastatic breast cancer*, *Optimizing Therapeutic Options for Women's Cancers*, 5: 11-17.

Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Othan K, Arslan K (2004) *Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi*, *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (1): 27-28.

Çavdar İ (2006) *Meme kanserli kadınlarda cinsel sorunlar*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2 (2) : 64-66.

Çevik CG (2003) *Memede kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyleri ve kitlenin fark edilmesinde kendi kendine meme muayenesinin etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Deana KA (1998) *The role of the breast clinic nurse*, *AORN Journal*, 66: 304-310.

Deligeoroglou E, Michailidis E, Creatsas G (2003) *Oral Contraceptives and reproductive system cancer*, *The Lancet*, 333 (8645): 974-982.

Eicher MRE, Marquard S, Aebi S (2006) *A nurse is a nurse? a systematic review of the effectiveness of specialized nursing in breast cancer*, *European Journal of Cancer*, 42: 3117-3126.

Ekici E, Utkualp N (2007) *Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (3): 11-12.

Ertem G, Sevil Ü (2005) *Üreme sağlığı ve üreme haklarına bakış*, 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005, Ankara, Bildiriler, s: 233-234.

Farina M, Ciotta L, Palumbo M, De Leo V, Morgante G, Cianci A (2006) *Il cancro della mammella, L' Arte E La Scienza Della Diagnosi Precoce Mediante Mammografia*, *Journal Gynecology Obstetri*, 18 (1): 17-18.

Ferrell BR, Grant M, Funk B (1998) *Quality of life in breast cancer: Psychological and spiritual well-being*, *Cancer Nursing*, 21 (1): 1-9.

Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'onofrio C, Banks PJ, Bloom JR (2006) *Body image and sexual problems in young women with breast cancer*, *Psycho-Oncology Journal*, 15: 579–594.

Fortunato L, Drago S (2006) *Il linfonodo sentinella nel cancro della mammella*, , Fortunato Forum, Esperienza Del Rome Breast Cancer Study Group (RBCSG) 58: 1-8

Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE (1998) *Life after breast cancer : understanding women's health-related quality of life and sexual functioning*, *Gynecology Clinical Oncology*, 16: 501.

Garibaldi F (2001) *Diagnosi precoce del cancro della mammella: prospettive delle tecniche avanzate di imaging funzionale*, *Inserto Journal*, 14(11): 12-15.

Guthrie C (1999) *Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care*, *Journal of Clinical Nursing*, 8: 313-321.

Gümüş AB (2006) *Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2 (3): 108-114.

Haboubi NHJ, Lincoln N (2003) *Views of health professionals on discussing sexual issues with patient*, *Disability and Rehabilitation*, 25 (6): 291-296.

Haydaroğlu A (2007a) *Meme Kanserinde Tanı*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (2): 25-26.

Haydaroğlu A (2007b) *Meme Kanseri Tarama Yöntemleri*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (2): 27-28.

Helewa M, Lévesque P, Provencher D (2002) *Breast cancer, pregnancy and breastfeeding*, *Journal Obstetric Gynaecology*, 24 (2): 164-71.

Henson HK (2006) *Meme kanseri ve cinsellik*, *Sexuality and Disability*, 20 (4): 261-275.

Hocaoğlu Ç (2007) *Mastalji nedir ?*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (2): 29-30.

Hocaoğlu Ç, Kandemir G, Civil F (2007) *Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (3): 31-32.

Joly F, Espie M, Marty M, Heron JF, Henry Amar M (2000) *Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy*, *British Journal Cancer*, 83: 577-582.

Kadmon I, Wruble AW, Yongqin J, Min QO, De Keyser F (2004) *social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study*, *European Journal of Oncology Nursing*, 8: 131-137.

Karamanoğlu AY, Özer FG (2008) *Mastektomili hastalarda evde bakım*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (1): 15-16.

Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K (2008) *Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayelerine ilişkin inançları ve uygulama durumu*, Meme Sağlığı Dergisi, 4 (1): 18-20.

Keller M (1998) *Psychosocial care of breast cancer patients*, Anticancer Research, 18 (3): 2257-2259.

Key TJ, Verkasalo PK, Banks E (2001) *Epidemiology of breast cancer*, The Lancet Oncology, 2: 133-140.

Kılıç S, Tezcan S, Kömürcü Ş, Özet A, Çakır B, Tümerdem N, Bakır B, Arpacı F, Öztürk B, Ataergin S, Kuzhan O, Hadse M (2003) *GATA tıbbi onkoloji bilim dalında meme kanseri tanısı ile izlenen bazı sosyo-demografik ve hastalık özellikleri*, Gülhane Tıp Dergisi, 45 (2): 189-195.

Kızılcı S (1999) *Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler*, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (2): 18-26.

Kilpatrick MG, Kristjanson LJ, Tatrjn DJ, Franser VH (1998) *Information needs of husbands of women with breast cancer*, Oncology Nursing Forum, 25: 1595-1601.

Koyuncu A, Canbay E (2002) *Gebelik ve laktasyon döneminde meme kanseri*, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24 (1): 53-56.

Landmark BT, Wahl A (2002) *Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer*, Journal of Advanced Nursing, 40 (1): 112-121.

Lavin M, Hyde A (2006) *Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context*, European Journal of Oncology Nursing, 10: 10-18.

Layde PM, Webster LA, Baughman AL, Wingo PA, Rubin GL, Ory HW (2004) *The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer*, Journal of Clinical Epidemiology, 42 (10), 963-973.

Likis F (2002) *Breastfeeding prevents breast cancer*, Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Lancet, 360: 187-95.

Lipton A (2005) *Meme kanserinde kemik metastazlarının tedavisi*, Current Treatment Options in Oncology, 6 (2): 1-10.

Meydan N, Barutça S, Özgün H, Taşkın F, Yüksel H, Boylu Ş (2006) *İkiz gebelik sonrası tekrarlayan medüller meme kanseri*, Meme Sağlığı Dergisi, 2 (1): 31-33.

Michels KB, Trichopoulos D, Robins JM, Rosner BA, Manson JE, Hunter DJ, Colditz GA, Hankinson SE, Speizer FE, Willett WC (1996a) *Birth weight as a risk factor for breast cancer*, The Lancet, 348 (9041): 1531.

Monnier A (2006) *Adjuvan çalışmaları: erken evre meme kanserinde aromataz inhibitörleri- birbirlerine benziyorlar mı?*, Kanser Araştırmaları Derlemeleri, 32: 532-540.

Morse JM, Field PA (1996) *Nursing research the application of qualitative approaches*, Second Edition, Chapman & Hall, s: 60, California.

Nahcivan NÖ, Seçginli S (2003) *Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (1): 33-38.

Narin A (2004) *Bakırköy kadın ve çocuk tutukevinde bulunan kadınların üreme sağlığı durumlarının belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Okanlı A (2004) *Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri*, Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 1 (1): 1-6.

Olsson H, Bladstrom AA (2002) *Cohort study of reproductive factors and family history of breast cancer in southern Sweden*, Breast Cancer Resistance Treatment, 76 (3): 203-9.

O'Shaughnessy J (2007) *Chemotherapy related cognitive dysfunction in breast cancer*, Seminars in Oncology Nursing, 19 (4), 17-24.

Özbaş A (2006) *Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler*, Meme Sağlığı Dergisi, 2 (3): 115-117.

Özer F, Karamanoğlu A (2006) *Meme kanserinde erken tanı*, Hemşirelik Forumu Dergisi, 5: 54-59.

Özmen V (2006) Editörden, Meme Sağlığı Dergisi, 2 (2): 55-58.

Öztekin D (2006) *Meme kanserinde tanı ve tedavi sürecinde karşılaşılan sorunlarla mücadele yolları*, Meme Sağlığı Dergisi, 2 (2): 67-70.

Özyılkan Ö (2004) *Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi*, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir, Bildiriler, s: 42-43.

Paci DE, Rosselli M (2006) *Sovradiagnosi nel cancro della mammella*, Forum, 11 (15): 11-17.

Perez EA (2005) *A new standard in adjuvant therapy for breast cancer ?*, The New England Journal of Medicine, 352 (22), 2346-2349.

Pişkin E (2007) *Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi*, Bursa Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü Yayınları, Bursa Basımevi, Bursa.

Platin N (1996) *Hemşireler için kanser el kitabı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı Yayınları, Ankara Matbaacılık, Ankara.

Renton JP, Twelves JC, Yuille FAP (2002) *Follow-up in women with breast cancer: the patients' perspective*, *The Breast*, 11: 257–261.

Russo A, Herd-Smith A, Gestri D, Bianchi S, Vezzosi V, Rosselli Del Turco, Cardona G (2002) *Does family history influence survival in breast cancer cases?* *International Journal Cancer*, 99 (3): 427-30.

Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB (2001) *Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection*, *Public Health Nursing*, 18 (5): 357-363.

Sammarco A (2001) *Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer*, *Cancer Nursing*, 24 (4): 272-277.

Sauerbrei W, Blettner M, Schmoor C, Bojar H, Schumacher M (1998) *The effect of oral contraceptive use on the prognosis of node positive breast cancer patients*, *European Journal of Cancer*, 34 (9): 1348-1351.

Schain W (1997) *Psychosocial issues and life cycle concerns of women with breast cancer*, *Cancer Preven Control*, 1: 122-132.

Schlesselman JJ (2004) *Cancer of the breast and reproductive tract in relation to use of oral contraceptives*, *Contraception*, 40 (1): 1-38.

Sertöz Ö, Mete HE, Noyan A, Alper M, Kaçkap M (2004) *Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma*, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15 (4): 264-275.

Sevil Ü, Ünsal Ş (2002) *Meme kanserinde risk faktörü ve erken tanı*, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 5 (6): 32-38.

Sevinç AI, Canda AE, Atila K, Canda T, Harmancıoğlu Ö, Saydam S, Koçdor MA, Balcı P (2007) *Erkeklerde Meme Kanseri: 22 Olgu*, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (1): 60-62.

Sim J (1998) *Collecting and analyzing qualitative data: issues raised by the focus group*, *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2): 345-352.

Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, Zakalik D, Decker D A (2005) *Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors*, *The Breast Journal*, 11 (6): 440 – 447.

Sülü E (2006) *Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (sipiritüel bakım) gereksinimleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Şimşek Ç (2005) *Cinsellik ve üreme sağlığı*, 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005, Ankara, Bildiriler, s: 139-140.

Şirin A, Tanışır S (2003) *Studying the levels of knowledge of the nurses working at Karsiyakastate hospital related to breast cancer and breast self examination*, The First Regional Meeting of the Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, 14-16 October 2003, İzmir, Prevention Book, s: 51.

Takahashi M, Kai I (2005) *Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors*, Social Science Medicus, 61: 1278-90.

Taşkın L (2004) *Uluslar arası sözleşmeler ışığında kadının durumu*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (2): 16-22.

Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB (2001) *Sexual functioning in breast cancer survivors*, Cancer Control, 8 (5): 442-448.

Tierney AJ (1990) Chemotherapy support, Nursing Times, 86 (14): 54.

Turan SH (2005) *1. Basamak sağlık kurumlarında üreme sağlığı danışmanlığı*. 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005, Ankara, Bildiriler, s: 51-52.

Türkdemir AH (2004) *Meme kanserinde risk gruplarının belirlenmesi*, IX. Halk Sağlığı Kongresi, 3-6 Kasım 2004, Ankara, Bildiriler, s: 100-101.

Untch M (2006) *Meme kanserinde adjuvan risk azaltma*, Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (ESMO) 31. Kongresi, 29 Eylül-3 Ekim 2006, İstanbul, Bildiriler, s: 42-43.

Vale J, Clemons M, Hayes S, Fallowfield L, Howell A (1998) *Contraceptive use by women receiving chemotherapy for breast cancer*, The Breast, 7: 143-149.

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

Wellisch DK (2006) *Family relations of the mastectomy patient: interactions with the spouse and children*, Israel Journal Medical Science, 17 (9-10): 993-6.

Westhoff CL (1999) *Breast cancer risk: perception versus reality*, Contraception, 59: 25-28.

ÖZGEÇMİŞ

Muğla ilinin Milas ilçesinde 1980 yılında doğdu. İlköğrenimini Uşak'ta, ortaokul ve lise öğrenimini Milas'ta tamamladıktan sonra 1998 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenimine başladı ve 2003 yılında Hemşire unvanı ile mezun oldu. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu'nun 2004 yılında açmış olduğu Araştırma Görevlisi sınavını kazanarak bu göreve atandı. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın yüksek lisans eğitimine 2005 yılı bahar yarıyılında başladı. Adnan Menderes Üniversitesi'nin Erasmus projesi sınavında başarılı oldu ve 2007 yılı güz yarıyılında İtalyanın Università Degli Studi Dell'Insubria Üniversitesi Facolta Di Medicina e Chirurgia Fakültesinde Erasmus Öğrencisi olarak eğitim gördü. Halen Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

TEŞEKKÜR

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki Yüksek Lisans eğitimimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tez danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Hilmiye AKSU'ya ve Öğretim Üyelerine teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca eğitimime bilimsel gelişimimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, eğitimime emeği ve katkısı olan Yrd. Doç. Dr. Fatma DEMİRKIRAN'a, Yrd. Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya ve Yrd. Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM'a teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Tezimin ve eğitimimin her aşamasında hem bilimsel hem manevi desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'e teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Her zaman birlikte olduğumuz ve tezimin verilerinin toplanması aşamasında yardımları geçen Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi kemoterapi ünitesi hemşireleri Emel UYAR ve Ayşe ÖZKAN'a ve genel cerrahi polikliniği doktor, hemşire ve yardımcı personeline şükranlarımı sunarım.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara teşekkürü bir borç bilirim.

Araştırma yönteminde kullanılan dökümanlara ulaşmamızı sağlayan Doç. Dr. Pınar OKYAY'a teşekkürü bir borç bilirim.

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Gülgün KARAÖZ'e ve babam Eşref KARAÖZ sonsuz teşekkür ederim.

EK-I

MEME KANSERLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ GEREKİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Kadına İlişkin Bilgi Formu

1. Yaşınız (Doğum Tarihi)
2. Eşinizin yaşı (Doğum Tarihi)
3. Mesleğiniz
4. Eğitim durumunuz
5. Eşinizin eğitim durumu
6. Eşinizin mesleği
7. Yaşamınızın uzun bir bölümü nerede geçti ?
8. Evlilik durumunuz
9. Sizinle birlikte yaşayan diğer aile üyeleri var mı, varsa kimler ?
.....
10. Resmi nikah ile mi, imam nikahı ile mi evlisiniz ?
11. Sigara veya alkol kullanıyor musunuz ?
.....
12. Kaç yıldır evlisiniz ?

13. Gelir durumunuz nasıl ?
14. Araba ve ev sahibi olma durumu
15. Sosyal güvenceniz nedir ?
16. Size yardım edecek çevrenizde kaç kişi var ?
17. Meme ca tanısı konulana kaç ay oldu ? (Ne zaman)
18. Patoloji raporundaki ifade
19. Cerrahi operasyon geçirdiniz mi ?
.....
20. 'Evet' ise ne tip bir cerrahi operasyon geçirdiniz ? (dosyadan ulaş - ne zaman)
.....
21. Cerrahi müdahale yapılan taraftaki kolunuzu kullanabiliyor musunuz ?
.....
22. Kolunuzda şişlik, güçsüzlük var mı ?
.....
23. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz ? (psikiyatrik dahil)
.....
24. Kemoterapi tedavisi alıyor musunuz ? (dosyadan ulaş - kaç kür)
.....
25. Radyoterapi tedavisi alıyor musunuz ? (dosyadan ulaş - kaç kür)
.....

26. Kilo aldınız veya kilo kaybettiniz mi ?

.....

27. Şu andaki kilo ve boyunuz ?

.....

28. Saçlarınız döküldü mü ?

.....

29. Menstruel periyodunuz düzenli mi ? (kaç gün, ped sayısı, kanama miktarı, kaç günde bir oluyor, adet dışı kanamalar)

.....

30. Menopoza girdiniz mi? (ne zaman)

.....

31. Horman Replasman Tedavisi (HRT) aldınız mı ? (ne kadar süre)

.....

32. Menopoza ilişkin şikayetlerden, sıkıntılar yaşıyor musunuz ? (Sıcak basması, Terleme, Kilo alma, Kilo verme, Kılınma)

.....

GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ

33.Obstetrik Öykü:Gebelik sayısı..... Kendiliğinden düşük sayısı.....

Canlı doğum sayısı..... Küretaj sayısı.....

Yaşayan çocuk sayısı..... Ölü doğum sayısı.....

Ektopik Gebelik.....

34. Çocuklarınız kaç yaşında ?

.....

35. Son bir yıl içerisinde bir gebelik geçirdiniz mi ?

.....

36. Son bir yıl içerisinde doğum yaptınız mı ?

.....

37. Şimdi gebe misiniz ?

.....

38. Gebelik ister misiniz ?

.....

39. Cevabınız 'hayır' ise neden ?

.....

40. Olası bir gebelik durumunda ne yapardınız ?

.....

KONTRASEPSİYON ÖYKÜSÜ

41. Şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz ?

.....

42. 'Evet' ise hangi aile planlaması yöntemini siz veya eşiniz kullanıyor?

.....

43. Ne kadar süredir bu yöntemi kullanıyorsunuz ? (Hangi yöntemi ne kadar süredir kullanıyor sırası ile)

.....

44. Kullandığınız aile planlaması yönteminden memnun musunuz?

.....

45. Cinsel ilişki esnasında ya da diğer zamanlarda gebe kalabileceğinize ilişkin endişe yaşıyor musunuz?

.....

46. Etkili bir aile planlaması yöntemi ile korunurken hamile kaldınız mı ?

.....

47. Meme ca tanısı aldıktan sonra oral kontraseptif ile korundunuz mu ?

.....

48. Meme ca tanısı aldıktan sonra enjeksiyon (aylık / üç aylık) ile korundunuz mu?

.....

49. Meme ca tanısı aldıktan sonra aile planlaması ve karşılaşılabileceğiniz problemlerle ilgili herhangi bir danışmanlık aldınız mı?

.....

50. Bilgi aldı iseniz kimden aldınız ? (Ebe, Hemşire, Doktor, Diğer)

.....

51. Bilgiyi yeterli buldunuz mu ?

.....

ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU DAVRANIŞLAR

52. Ne kadar sıklıkla jinekolojik muayene oluyorsunuz ?

.....

53. En son ne zaman jinekolojik muayene oldunuz ?

.....

54. Pap smear testi yaptırdınız mı ?

.....

55. En son ne zaman pap smear yaptırınız ?

.....

56. Mamografi ne kadar sıklıkla çektiriyorsunuz ?

.....

57. KKMM yapıyor musunuz ? (sıklık)

.....

58. KKMM hakkında bilgi aldınız mı ?

.....

59. Bilgi aldı iseniz kimden aldınız ? (Ebe, Hemşire, Doktor, Diğer)

.....

60. Sürekli gittiğiniz bir sağlık ocağı var mı ?

.....

61. 'Evet' ise nereye gidiyorsunuz ?

.....

62. Ürogenital sisteme ilişkin bir sorun yaşıyor musunuz ?

.....

CİNSEL AKTİVİTE ÖYKÜSÜ

Meme Kanseri Öncesi Cinsel Aktivite Durumu

63. İlk cinsel ilişkiye kaç yaşında girdiğiniz ?

.....

64. Cinsel hayatınızdan memnun muydunuz ?

.....

65. Cinsel açıdan istekli miydiniz ?

.....

66. Cinsel açıdan kolay uyarılıyor muydunuz ?

.....

67. Haftada kaç kez cinsel ilişkiye girdiyordunuz ?

.....

Meme Kanseri Sonrası Cinsel Aktivite Durumu

68. Meme ca tanısı aldıktan sonra cinsel ilişkiyi ne kadar sıklıkla arzuladınız, istediniz ?

.....

69. Meme ca tanısı aldıktan sonra cinsel ilişki sırasında orgazma ne kadar sıklıkla ulaşıyorsunuz ?

.....

70. Meme ca tanısı aldıktan sonra cinsel ilişkiye başladığınızda herhangi bir sorun yaşadınız mı ?

.....

71. Cevabınız 'evet' ise yaşadığınız sorun/sorunları belirtiniz ve açıklayınız.

.....

72. Cinsel yönden kadın olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz ?

.....

73. Meme ca tanısı aldıktan sonra cinsel ilişkiye başladığınızda partneriniz ile herhangi bir sorun yaşadınız mı?

.....
74. Evet ise belirtiniz ?
.....

75. Meme ca tanısı aldıktan sonra cinsel aktiviteleriniz ve karşılaşılabileceğiniz problemlerle ilgili herhangi bir danışmanlık aldınız mı?
.....

76. Bilgi aldı iseniz kimden aldınız ? (Ebe, Hemşire, Doktor, Diğer)
.....

EMZİRME ÖYKÜSÜ

77. Çocuğunuzu/çocuklarınızı emzirdiniz mi ? (1. çocuk, 2. çocuk kaç ay emzirdiniz ?)
.....

78. Şu anda emzirdiğiniz çocuğunuz var mı ?
.....

79. Şu anda gebeliğiniz söz konusu olsa doğum sonu dönemde bebeğinizi emzirir misiniz ?
.....

EK-III

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “Meme Kanserli Kadınların Üreme Sağlığı Konusundaki Tutumlarının ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Banu Karaöz çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Banu Karaöz’e çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Banu Karaöz’e hastalığımızın geçmişini ve kullandığım ilaçları anlattım ve onu bu bilgilerin ayrıntılarını açıklamaya, hasta ve doktor arasındaki sırları koruması şartıyla yetkili kılıyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Banu Karaöz’e ile tam bir uyum içinde çalışacağıma ve sağlığımla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.
6. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Hastanın adı, soyadı, adresi

İmza, tarih :

Doktorun adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

..... (*).....

Bu çalışma; meme kanseri tanısı almış genç kadınların üreme sağlığı konusundaki (gebelikten korunma, gebelik, emzirme, cinsel yaşam) kişisel deneyimlerini incelemek, gereksinimlerini belirlemek amacı ile yapılacaktır. Araştırmamız hastalığınızın tanısı belirlendikten sonra sizin gebelikten korunma, gebelik, emzirme, cinsel yaşam konularındaki gereksinimlerinizi saptamak için yapılan bir araştırmadır.

Araştırmamızda bilgileri toplayabilmemiz için bir anket formu geliştirdik. Sizinle aynı tanıyı taşıyan yaklaşık 60 kişiye ulaşmayı hedefliyoruz. Her bir kişi ile yaklaşık 30 dakika görüşmeyi planlıyoruz. Size herhangi bir uygulama-işlem yapılmayacaktır.

Araştırmamıza katılmanız isteğinize bağlıdır, istediğiniz herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmamıza katılmayı kabul ettiğinize dair bu formu (bilgilendirilmiş olur formu) imzalamanız gerekiyor. Size ait tüm bilgilerin gizli tutulacağından emin olabilirsiniz. Araştırma hakkında daha detaylı bilgiyi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'dan alabilirsiniz.

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi sunarız.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih,
Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih
Banu Karaöz

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası,
Tarih, Görevi:

+ Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/010-99

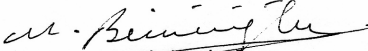
16.11.2007

Konu :

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU
Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 12.04.2007 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan V nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.


Prof. Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR V

Protokol No : 2007/00164

Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı- AYDIN

Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "Meme kanserli kadınların türeme sağlığı konusundaki gereksinimlerinin belirlenmesi" isimli araştırması yeniden görüşüldü.

Değerlendirmede, kurulumuzun 29.03.2007 tarihli kurul kararında "çalışmanın başlığının ".....gereksinimlerinin belirlenmesi" yerine ".....tutumlarının belirlenmesi" şeklinde değiştirilmesi yararlı olacaktır." denilmiştir. İstenilen değişikliğin yapıldığı ve dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

Kurulumuzca bu çalışmada olduğu gibi **Ön onay verilen** çalışmaların sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesinin gerekliliğin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

09100 AYDIN Tel: 256- 225 31 66
internet adresi: <http://med.adu.edu.tr/insanetikkurulu>

Faks : 256- 212 31 69
e-posta: etik@adu.edu.tr



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



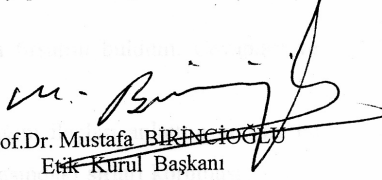
Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 010-085
Konu :

18.3.2008

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU-
ASYO Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı- AYDIN

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 17.03.2008 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan IV nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR IV

Protokol No : 2007/00164

**Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı- AYDIN**

Etik Kurul'un 12.04.2007 tarih, 4 sayılı ve V nolu kararıyla ön onay verilen; Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "Meme kanserli kadınların üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerinin belirlenmesi" isimli araştırmasının sonuç raporu görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

09100 AYDIN Tel: 256- 225 31 66/ 140- 149
internet adresi: <http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/>

Faks : 256- 212 31 69
e-posta: etik@adu.edu.tr