

Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma*

Dr. Özen ÖNEN SERTÖZ¹, Dr. Hayriye ELBİ METE², Dr. Ayşın NOYAN³, Dr. Mehmet ALPER⁴, Dr. Murat KAPKAÇ⁵

ÖZET

Amaç: Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkilerini araştırmak, meme kanseri tanılı hastalarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunu saptamaktır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini 75 meme kanseri tanısı almış hasta (50 total mastektomi, 25 meme rekonstrüksiyonu) ile bu gruba yaşça eşleştirilmiş 50 sağlıklı gönüllü oluşturmuştur. Katılımcılara DSM-III-R bozuklukları için SCID-I ayaktan hasta formu uygulandıktan sonra çalışmada kullanılan Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (ilk 10 madde, RÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) verilmiştir.

Bulgular: Üç örneklem grubunun GRCDÖ ve ÇUÖ'den alınan ortalama toplam puanları birbirine benzerken, benlik saygısı ve VAÖ'den alınan ortalama toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Örneklem gruplarının cinsel işlev profilleri, GRCDÖ'nin alt ölçek puanlarının standart puanlara dönüştürülmesiyle incelenmiştir. Örneklem gruplarında iletişim ve kaçınma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sonuç: Meme kanserinde ameliyat tipinin cinsel doyuma ve eş uyumuna etkisi yoktur. Total mastektomi ameliyatı meme algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilemiştir. Meme kanseri tanılı hastalarda cinsel ilişkide gözlenen en sık cinsel işlev bozukluğu, iletişim ve kaçınma alanlarında bulunmuştur. Genç hastaların tercihi daha çok meme rekonstrüksiyonu yönünde olmuştur.

Anahtar Sözcükler: Beden algısı, benlik saygısı, cinsel işlev bozukluğu, meme kanseri

SUMMARY: Effects of Surgery Type on Body Image, Sexuality, Self-Esteem, and Marital Adjustment in Breast Cancer: A Controlled Study

Objective: To examine the effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem and marital adjustment, and to determine the most frequent sexual dysfunction seen among breast cancer survivors.

Method: A total of 75 breast cancer survivors (50 patients underwent total mastectomy alone and 25 underwent total mastectomy with breast reconstruction), and 50 healthy volunteers were recruited. All subjects were given the Rosenberg Self-esteem Scale (RS), Body Cathexis Scale (BCS), Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), and Dyadic Adjustment Scale (DAS) after the Structured Clinical Interview Diagnosis for DSM-III-R, Non-Patient Form (SCID-NP) had been applied.

Results: The mean scores obtained from GRISS and DAS were similar, but there was a significant statistical difference in terms of the mean scores of the RS and BCS between the three groups. The sexual functioning profile of the subjects was examined by transforming the subscales scores of GRISS into standardized stanine scores. A significant statistical difference in non-communication and avoidance areas of sexual relations was found between the subjects.

Conclusion: Surgery type had no effect on sexual satisfaction or marital adjustment. Total mastectomy had a negative impact on breast perception and self-esteem. Avoidance and non-communication areas of sexual relations were the most frequent sexual dysfunctions seen among breast cancer survivors. Young patients preferred breast reconstruction more widely.

Key Words: Body image, self esteem, sexual dysfunction breast cancer

*Bu araştırma 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Türkiye Psikiyatri Derneği Araştırma (Poster Bildiri) İkincilik Ödülü Kazanmıştır.

¹Uzm., ²Prof., ³Yrd. Doç., Psikiyatri AD., Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı., ⁴Doç., Plastik Cerrahi AD., ⁵Prof., Genel Cerrahi AD., Ege Ü. Tıp Fak., İzmir.

GİRİŞ

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olmasının yanı sıra, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturmamasından dolayı, bu güne kadar kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türüdür (Gagnon ve ark. 1993, Baider ve ark. 2003). Mastektomi sonrası meme kaybının ruhsal ve cinsel yaşam üzerine belirgin etkileri olmaktadır (Jamison ve ark. 1978, Poivy 1977). Meme protezleri, dışarıdan bakıldığında bu kaybı yerine koyuyor gibi görünse de kadında bütünlük duygusu hissettirmemekte, beden algısının bozulmasını engellememekte ve kadının hissettiği deforme olma, bozulma duygusunu onarmamaktadır (Al-Ghazal ve ark. 2000).

Erken evre meme kanseri tedavisinde hastalara genellikle iki seçenek sunulmaktadır; 1) Total mastektomi ya da total mastektomi ile birlikte meme rekonstrüksiyonu 2) Meme koruyucu ameliyatlar. Erken evre (evre 0-I-II) meme kanserinde cerrahi yöntem ile tümör ya etrafındaki sağlam meme dokusu ile birlikte çıkarılmakta (meme koruyucu ameliyat) ya da meme dokusunun tamamı alınmaktadır (total mastektomi). Erken evre meme kanserlerinin yaklaşık üçte birinde meme koruyucu ameliyatlar uygun olmadığından, total mastektomi ile tümör çıkarılmaktadır. Bu gibi durumlarda mastektomi sonrası meme kaybına bağlı oluşan görünümünden hoşnut olmayan kadınlar için meme rekonstrüksiyonu uygun bir seçenek haline gelmektedir (Schain 1991, Sainsbury ve ark. 2000). Meme rekonstrüksiyonu tamamen kozmetik amaçla yapılan bir ameliyattır. Mastektomi sonrası radyoterapi ya da kemo-terapi planlanıyorsa önce bu tedavilerin tamamlanması, daha sonra meme rekonstrüksiyonu yapılması gerekmektedir. Bu işlemde jel protezler ve otojen dokular kullanılmaktadır (Bland ve Copeland 1994, Al-Ghazal ve ark. 2000).

Meme kanserinde uygulanan ameliyat tiplerinin beden algısı, benlik saygısı, cinsel işlevler ve eş uyumuna etkilerini araştırarak yeterli randomize kontrollü çalışma bulunmasa da (Harcourt ve Rumsey 2001) bazı çalışmalar meme rekonstrüksiyonunun bu açılarından total mastektomiye üstün olduğunu belirtirken (Pozo ve ark. 1992, Noguchi ve ark. 1993, Schlebusch 1998, Al-Ghazal ve ark. 1999, Al-Ghazal ve ark. 2000) bazıları anlamlı bir farklılık saptamamışlardır (Ganz ve ark.

1989, Ganz ve ark. 1998, Levy ve ark. 1992, Schover ve ark. 1995, Reaby ve Hort 1995, Rowland ve ark. 2000, Harcourt ve ark. 2003). Al-Ghazal ve arkadaşları (1999) primer meme kanseri tedavisinde kozmetik sonuçların ruhsal ve sosyal alanlara etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, yapılan ameliyatın kozmetik sonuçlarının iyi olduğu hasta grubunda, anksiyete-depresyon, beden algısı, benlik saygısı ve cinsellik ile kozmetik sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki gözlediklerini belirtmişlerdir. Al-Ghazal ve arkadaşları (2000) yaptıkları başka bir çalışmada meme kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanan meme koruyucu ameliyat, total mastektomi ve total mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarının psikolojik etkilerini ve hasta memnuniyetini araştırmış beden algısı, benlik saygısı, depresyon-anksiyete, cinsel doyum açısından en iyi sonucu meme koruyucu ameliyatların verdiğini, bunu meme rekonstrüksiyonunun izlediğini, bu bağlamda meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olduğunu belirtmişlerdir. Oysa, Rowland ve arkadaşları (2000) benzer metodoloji ile yaptıkları çalışmalarında beden algısı, cinsellik, depresyon, yaşam kalitesi ve eş uyumu açısından en iyi sonuçların meme koruyucu ameliyatlarla alındığını belirtirken, bu açıdan meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olmadığını belirtmişlerdir.

Bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda yaş, menopoza, ek ilaç kullanımı gibi cinsel işlevler üzerine etkilerinin olduğu bilinen faktörler kontrol edilmemiştir ve bu nedenle, meme kanseri tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluklarının etiolojisinde ameliyat tipinden kaynaklanan faktörlerin etkisinin olup olmadığı tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada özellikle yaş, menopoza ve cinsel işlevlere etkisi olduğu bilinen sistemik tedaviler kontrol edilerek hasta gruplarında ameliyat tipinin cinsel işlevler başta olmak üzere beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri araştırılmıştır. Beden algısı, benlik saygısı, cinsel işlevler ve eş uyumu değişkenlerinde ameliyat öncesi ve sonrası oluşabilecek farklılıkları en aza indirmek amacıyla hasta grupları sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

İzmir ilinde meme kanseri tanısı alıp meme

TABLO 1. Örneklem Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri.

	Total mastektomi n=50		Meme rekonstrüksiyonu n=25		Sağlıklı kontrol n=50		İstatis. Değerlen.
Yaş*	40.58±3.94		41.68±3.24		40.10±4.45		p=0.3
Eğitim yılı δ	10.48±4.09		13.16±3.48		13.5±2.88		p=0.000
Gelir düzeyi #							
0-250 mil	n=6	% 12	n=0	% 0	n=2	% 4	p=0.018
250-500 mil	n=13	% 26	n=2	% 8	n=4	% 8	
500-750 mil	n=10	% 20	n=4	% 16	n=12	% 24	
750 mil↑	n=21	% 42	n=19	% 76	n=32	% 64	
Şimdi hangi ameliyatı tercih ederdiniz? #							
TM	n=20	% 40	n=0	% 0	n=2	% 4	p=0.000
MR	n=27	% 54	n=25	% 100	n=46	% 92	
Kararsızım	n=3	% 6	n=0	% 0	n=2	% 2	
Şimdi hangi ameliyatı tercih ederdiniz? #	yaş≤41	yaş>41	yaş≤41	yaş>41	yaş≤41	yaş>41	
TM	18 (% 65)	9 (% 42)	11 (% 100)	14 (% 100)	29 (% 94)	17 (% 89)	
MR	10 (% 35)	10 (% 45)	0	0	0	2 (% 11)	
Kararsızım	0 (% 0)	3 (% 14)	0	0	2 (% 6)	0	
	p=0.039				p=0.105		

*Tek yönlü varyans analizi, δKruskal Wallis testi, #x² testi.

cerrahisi geçiren hastalara Ege ve Dokuz Eylül Üniversiteleri Tıp Fakülteleri Plastik Cerrahi ve Genel Cerrahi Klinikleri'nden, İzmir Meme Derneği'nden ve özel bir hekim muayenehanesinden ulaşılmıştır. Çalışmanın örneklemini, kanser evresi 0-I-II olan, tanıdan ve tedaviden en az 1, en fazla 5 yıl geçen, tam remisyonda olup (remisyonda olma dosya bilgilerine ve hekimlerin beyanına göre belirlenmiştir) tamoksifen dışında kanser tedavisi almayan, menopozda olmayan, evli ya da bir eş ile birlikte yaşayan, diğer kanserlerden dolayı tedavi alma öyküsü olmayan, işlevselliği bozan tıbbi ya da ruhsal bir hastalığı olmayan (I. eksendeki psikiyatrik hastalıklar), en az ilkökul mezunu toplam 75 meme kanseri hastası (50 total mastektomi, 25 total mastektomi ile birlikte meme rekonstrüksiyonu) ile hasta grubuna yaşça eşleştirilmiş 50 sağlıklı gönüllü oluşturmuştur. Alım kriterlerine uymayan hastalar çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

Genç hastaların ameliyat tercihinin genç olmayanlardan farklılık gösterip göstermediğini araştırmak amacıyla örneklem grubunun yaş için medyan değeri hesaplanmış (41 yaş) ve bu değer ve altında yaşı olan hastalar genç, bu değer

üzerinde yaşı olan hastalar yaşlı olarak kabul edilmişlerdir.

Total Mastektomi Grubu (meme rekonstrüksiyonu yapılmamış): Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Meme Polikliniği'nden takip edilen hastalardan 483'ü meme kanseri tanısı aldıkları zamanda dosya bilgilerine göre çalışma kriterlerini karşılamaktaydı. Meme kanseri tanılı hastaların kontrolleri her yıl Eylül ve Temmuz ayları arasında yapıldığı için, tüm hastalara 2001 Eylül-2002 Temmuz ayları arasında meme polikliniğinde ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu hastalar arasından halen adet görenler çalışmaya davet edilmiştir. En az bir yıldır düzenli olarak kontrollere gelmeyen hastalara ise telefonla ulaşılmıştır. Otuz sekiz hastaya ulaşılamamıştır. Altı hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, bir hasta SCID-NP ile majör depresyon tanısı aldığı, bir hasta psikotik bozukluk tanısıyla halen psikotrop kullandığı, bir hasta çalışma formlarını eksik doldurduğu ve 386 hasta da menopozda olduğu için çalışma dışı bırakılmışlardır. Sonuç olarak 50 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Meme Rekonstrüksiyonu Grubu (Total mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapıl-

TABLO 2. Hasta Gruplarının Tedavi Özellikleri.

	Total mastektomi n=50		Meme rekonstrüksiyonu n=25		İstatistiksel değerlendirme
	N	%	n	%	p
Hastalık süresi, yılδ	2.98±1.15		3.36±1.22		0.191
Tanı alma yaşı, yılδ	37.60±4.08		38.32±3.10		0.440
Hastalık evresi*					
0	4	8	2	8	0.015
1	15	30	16	64	
2	31	62	7	28	
Tamoksifen tedavisi*					
Evet	19	38	9	36	1.000
Hayır	31	62	16	64	
Tamoksifen kullanım süresi*					
Hiç almamış	31	62	16	64	0.939
Bir yıldan az	1	2	1	4	
1-3 yıl	15	30	7	28	
3-5 yıl	3	6	1	4	
Kemoterapi*					
Evet	41	82	17	68	0.242
Hayır	9	18	8	32	
Radyoterapi*					
Evet	24	48	8	32	0.222
Hayır	26	52	17	68	
Hastalık konusunda bilgilendirilme*					
Evet	20	40	14	56	0.224
Hayır	30	60	11	44	
Cinsel yan etki açısından bilgilendirilme*					
Evet	1	2	1	4	1.000
Hayır	49	98	24	96	
Tedavi kararına katılma*					
Evet	36	72	22	88	0.151
Hayır	14	28	3	12	
Yapılan ameliyattan memnuniyet*					
Çok memnun	23	46	11	44	0.139
Oldukça memnun	14	28	11	44	
Kararsız	6	12	0	0	
Pek memnun değil	6	12	1	4	
Hiç memnun değil	1	2	2	8	

*Ki kare testi sonucu, δ Student T testi sonucu.

miş): Bu çalışmada meme rekonstrüksiyonu uygulanmış toplam 122 hastaya ait kayıt bulunmuştur. Üç hasta vefat ettiği, altı hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, 19 hastaya ulaşamadığı ve 69 hasta da menopozda olduğu için çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak 25 meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Sağlıklı Kontrol Grubu: Sağlıklı kontrol grubu öncelikle hasta grubunun yakınlarından oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu sayı 15'te kalınca kalan 35 kontrol vakası iki devlet kurumunda çalışan ve hasta grubuna yaşça eşleştirilmiş toplam 50 kişiden oluşturulmuştur.

Araçlar

1- Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırma-

TABLO 3. Üç Örneklem Grubunda Çalışmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki.

	Total mastektomi n=50		Meme rekonstrüksiyonu n=25		Sağlıklı kontrol n=50	
	r	p*	r	p*	r	p*
RÖ-GRCDÖ	0.467	0.001	0.492	0.012	0.334	0.018
RÖ-ÇUÖ	-.304	0.032	-.195	AD	-.474	0.001
RÖ-VAÖ	0.318	0.024	-.004	AD	0.266	AD
VAÖ-GRCDÖ	0.379	0.007	0.251	AD	0.222	AD
VAÖ-ÇUÖ	-.287	0.043	-.322	AD	-.258	AD
GRCDÖ-ÇUÖ	-.502	0.000	-.408	0.043	-.549	0.000

*Pearson korelasyon analizi, r=Pearson korelasyon katsayısı, AD= anlamlı değil, RÖ= Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, GRCDÖ= Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği, ÇUÖ= Çiftler Uyum Ölçeği, VAÖ= Vücut Algısı Ölçeği.

cılar tarafından geliştirilen bu formda, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi demografik bilgilerin yanı sıra, kanser tanısı alma yaşı, tanıdan bu yana geçen süre, kanser evresi, tamoksifen tedavisi alıp almadığı, bir yıl öncesi ne kadar kemoterapi ve radyoterapi alıp almadığı gibi tıbbi tedavilerle ilgili bilgiler yer almaktadır. Hastaların meme kanseri, tedavisi ve bu tedavide kullanılan sistemik tedavilerin cinsel yan etkileri konusunda bilgilendirme alıp almadıklarını ölçmek amacıyla yanıtı "evet" "hayır" olan iki soru geliştirilmiştir. Ayrıca uygulanan ameliyat tipinden memnuniyet derecesini ölçmek amacıyla 'Yapılan ameliyattan ne kadar memnun kaldınız?' ve 'Şu anda yeni meme kanseri tanısı almış olsaydınız hangi ameliyat tipini tercih ederdiniz?' soruları oluşturulmuştur.

2- Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ): Rust ve Golombok (1986) tarafından geliştirilmiştir. Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır. Her biri 28 sorudan oluşan, kadın ve erkek için 2 ayrı formu vardır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmekte, kadın ve erkekler için ayrı ayrı ya da çiftler için ortak bir profil çizilebilmektedir. Beş ve üzerindeki puanlar, o alt boyutta problem olduğuna işaret etmektedir. Tuğrul ve arkadaşları (1993) Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin ülkemizde de geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmişlerdir.

3- Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ): Secord ve Jourard (1953) tarafından geliştirilen vücut algısı ölçeği, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar. Ölçekte 40 madde yer almaktadır. Kesme noktası yoktur. Alınan yüksek puanlar hoşnut olmama derecesinin yükseldiğine işaret etmektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik çalışması Hovardaoğlu (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir.

4- Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RÖ): Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiştir. İlk on maddesi benlik saygısını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Geçerlik güvenilirlik çalışması Çuhadaroglu (1986) tarafından yapılmıştır. İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0-1 ise benlik saygısı yüksek, 2-4 ise orta, 5-6 ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir.

5- Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ): Spanier (1976) tarafından geliştirilmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Fıfıloğlu ve Demir (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin eş uyumu, eş doyum, duyguların dışa vurumu ve eş bağlılığı gibi alt boyutları vardır. Toplam puan tüm maddelerin toplamıdır ve 0-151 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar çift uyumunun iyi olduğunu gösterir.

6- SCID-NP: DSM-III R eksen I bozuklukları için SCID-I ayaktan hasta formu uygulanmıştır.

İşlem

Meme kanseri tanılı hastalarla görüşme Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği, Genel Cerrahi Kliniği ve hastaların çalışma ortamlarında, sağlıklı kontrollerle ise evlerinde ya da ça-

TABLO 4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Her Üç Örneklem Grubunda Karşılaştırılması.

	Total mastektomi n=50	Meme rekonstrüksiyonu n=25	Sağlıklı kontrol n=50	İstatistiksel değerlendirme
RÖ*	1.2±1.52	0.36±0.63	0.42±0.70	F=3.36 df=2.124 p=0.038
GRCDÖ*	34.78±14.38	34.0±16.99	28.66±9.66	F=1.343 df=2.124 p=0.265
ÇUÖ*	109.32±18.07	112.64±18.04	112.34±17.42	F=0.035 df=2.124 p=0.966
VAÖ*	2.34±0.45	2.38±0.41	2.15±0.42	F=3.026 df=2.124 p=0.052
Memelerden memnuniyet derecesi#				
Memnunum	13	18	38	% 26
Memnun değilim	37	7	12	% 74
				p=0.000

*Kovaryans analizi, #Ki kare testi, RÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, GRCDÖ: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği, ÇUÖ: Çiftler Uyum Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği.

lışma ortamlarında yapılmıştır. Örneklem grubuna öncelikle SCID-I ayaktan hasta formu uygulanmış ve aktif psikopatolojisi olmayanlara çalışmada kullanılan ve kişilerin kendilerinin doldurduğu ölçekler verilerek, aynı gün geri toplanmıştır. Her katılımcıdan gönüllü onay belgesi alınmıştır.

İstatistiksel analiz

Meme kanserinde ameliyat tipinin cinsel doyum, beden algısı, benlik saygısı ve çiftler arasındaki uyuma etkileri Kovaryans analizi ile, bu değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkiler ise Pearson korelasyon analizi ile araştırılmıştır. Örneklem grubunun sosyodemografik değişkenleri tanımlayıcı analizlerle araştırılmış, dağılımı normal olmayan sayısal değişkenlerin ortalamaları Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Dağılımı normal olan sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ve Student t testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik ve tıbbi özellikler

Toplam 125 olgunun verileri değerlendirilmiştir. Üç örneklem grubunun yaş ortalaması birbirine benzer bulunmuştur. Total mastektomi uygulanmış hastaların eğitim ve gelir düzeyi, meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalardan ve sağlıklı gönüllülerden daha düşük bulunmuştur (Tablo 1). Eğitim ve gelir düzeyinin beden algısı,

benlik saygısı, cinsel doyum ve eş uyumuna etkisinin olup olmadığı araştırılmış ve eğitim düzeyinin bu değişkenleri etkilediği bulunmuştur (MANCOVA sonucu, F=2.13, df=8.236, p=0.03). Çalışmaya katılan hastaların tanı alma süresi ortalama üç yıl ve tanı alma yaşları birbirine benzer bulunmuştur. Meme rekonstrüksiyonu uygulanan hastalardan sekizine (% 32) total mastektomi sonrası acil meme rekonstrüksiyonu uygulanmış ve meme rekonstrüksiyonu uygulanan hasta grubu için meme rekonstrüksiyonu olana kadar geçen süre ortalama 1.92±1.75 yıl bulunmuştur. Meme rekonstrüksiyonu uygulanan hastaların % 72'sinin başlangıç kanser evresi 0-I iken, total mastektomi uygulanan hastaların % 38'inin başlangıç kanser evresi 0-I bulunmuştur. Kanser evresi açısından hasta grupları karşılaştırıldıklarında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.015). Hasta grupları tamoksifen tedavisi alma, tamoksifen tedavisi süresi, radyoterapi ve kemoterapi alma açısından karşılaştırıldıklarında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 2). Çalışmaya dahil edilen tüm kişiler öncelikle total mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu hakkında bilgilendirilmiş, daha sonra 'Şu anda yeni meme kanseri tanısı almış olsaydınız hangi ameliyat tipini tercih ederiniz?' sorusuna verilen yanıt açısından karşılaştırılmışlardır. Sağlıklı kontrol grubu ve meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastaların büyük çoğunluğu meme rekonstrüksiyonunu seçeceklerini belirtirken (sırasıyla % 92, % 100), total mastektomi uygulanan hastaların

TABLO 5. Örneklem Gruplarının Cinsel İşlev Profilleri.

	Total mastektomi n=50		Meme rekonstrüksiyonu n=25		Sağlıklı kontrol n=50		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	P
Anorgazmi							
Yok	49	98	23	92	50	100	0.100
Var	1	2	2	8	0	0	
Vaginismus							
Yok	39	78	20	80	37	74	0.817
Var	11	22	5	20	13	26	
Dokunma							
Yok	32	64	17	68	38	76	0.419
Var	18	36	8	32	12	24	
Kaçınma							
Yok	34	68	21	84	43	86	0.029*
Var	16	32	4	16	7	14	
Doyum							
Yok	48	96	23	92	49	98	0.458
Var	2	4	2	8	1	2	
İletişim							
Yok	32	64	16	64	43	86	0.026*
Var	18	36	9	36	7	14	
Sıklık							
Yok	14	28	4	16	7	14	0.185
Var	36	72	21	84	43	86	

Ki kare testi sonucu, *p<.05, Yok: Bu alt boyutta problem yaşamayanlar, Var: Bu alt boyutta problem yaşayanlar.

yarısı meme rekonstrüksiyonunu tercih edeceklerini belirtmiştir (% 54, Tablo 1). Genç ve yaşlı hastaların ameliyat tercihinin farklı olup olmadığını test etmek amacıyla tüm örneklem grupları kendi içlerinde 125 olgu, yaş için medyan değeri olan 41 yaş ve altında olanlar ile 41 yaşın üzerinde olanlar şeklinde gruplandırılmıştır. Gruplar bu şekilde karşılaştırıldığında, sadece total mastektomi uygulanmış hasta grubunda yaş küçüldükçe meme rekonstrüksiyonu tercihi artmıştır (Tablo 1). Hasta grupları yapılan ameliyattan memnuniyet dereceleri, tedavi kararına katılıp katılmama, tedavilerin cinsel yan etkileri ve hastalıkları hakkında bilgilendirme alıp almama açısından karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 2).

Beden algısı, benlik saygısı, cinsel doyum ve eş uyumu arasındaki ilişki

Çalışma örneklemini oluşturan üç grupta çalışmada kullanılan ölçeklerin birbirleriyle korelasyonuna bakıldığında, (Tablo 3) total mastektomi

mi uygulanmış hasta grubunda tüm ölçekler arasında anlamlılık gösteren ilişki saptanmışken, meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hasta grubunda sadece RÖ ile GRCDÖ ve GRCDÖ ile ÇÜÖ arasında, sağlıklı kontrol grubunda ise RÖ ile GRCDÖ, RÖ ile ÇÜÖ ve GRCDÖ ile ÇÜÖ arasında anlamlılık gösteren ilişki saptanmıştır.

Ameliyat tipinin benlik saygısına etkisi

Örneklem grupları arasında benlik saygısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.038). Bu bulguya göre benlik saygısı en düşük olan grubu total mastektomi uygulanan hastalar oluşturmuştur (Tablo 4). Bu farklılık total mastektomi grubu ile meme rekonstrüksiyonu grubu (Student t testi sonucu, p=0.001) ve total mastektomi grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında bulunmuştur (p=0.002). Meme rekonstrüksiyonu grubu ile sağlıklı kontrol grubu benlik saygısı açısından farklılık göstermemiştir (p=0.720).

Ameliyat tipinin beden algısına etkisi

Tablo 4'te görüldüğü gibi VAÖ'den alınan toplam puanlar üç grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.05$). Gruplar ikili olarak karşılaştırıldıklarında bu farklılığın total mastektomi ile sağlıklı kontrol grubu (Student t testi sonucu, $p=0.035$), ve meme rekonstrüksiyonu ile sağlıklı kontrol grubunun ($p=0.030$) karşılaştırılmasından kaynaklandığı, beden algısı açısından total mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu uygulanmış grubun farklılık göstermediği bulunmuştur ($p=0.710$). Vücut Algısı Ölçeği'nin 23. maddesine verilen cevaplar ki kare testi ile karşılaştırıldığında, total mastektomi uygulanmış hastaların % 74'ü, meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastaların % 28'i ve sağlıklı gönüllülerin % 24'ü memelerinin görünümünden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir ($p=0.000$).

Ameliyat tipinin cinsel işlevlere etkisi

Üç örneklem grubu GRCDÖ'den aldıkları toplam puanlara göre karşılaştırıldıklarında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.265$, Tablo 4). Tamoksifen sağaltımının cinsel işlevlere etkisini dışlamak amacıyla total mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hasta grupları kendi içlerinde tamoksifen alanlar ve almayanlar olarak iki gruba ayrılmış ve GRCDÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. İki hasta grubunda da tamoksifen alan ve almayan hastalar cinsel doyum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişlerdir (total mastektomi grubu için Student t testi sonucu, $p=0.150$, meme rekonstrüksiyonu grubu için Student t testi sonucu, $p=0.325$). Kanserli hastalarda cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacıyla GRCDÖ'nün alt boyut puanları karşılaştırılmış ve GRCDÖ'nün sadece iletişim alt boyutu ortalama toplam puanında farklılık bulunmuştur ($p=0.041$). Bu farklılığın total mastektomi uygulanmış hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Student t testi sonucu, $p=0.014$). Örneklem grubunun cinsel işlev profiline bakmak amacıyla elde edilen ham puanlar 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülmüştür. Bu açıdan gruplar karşılaştırıldığında, kaçınma ve iletişim alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla $p=0.029$, $p=0.026$, Tablo 5).

Ameliyat tipinin eş uyumuna etkisi

Ameliyat tipinin eş uyumuna etkisini belirlemek amacıyla ÇUÖ'den alınan toplam puanların ortalamaları üç örneklem grubunda karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

SONUÇLAR ve TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eşler arasındaki uyumu etkileyip etkilemediğini ve meme kanseri tanılı hastalarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunu test etmektir. Bu nedenle ameliyat tipi dışında cinsel işlevleri etkileyebilecek yaş, menopoz, kemoterapi gibi sistemik tedaviler dışlanmıştır. Menopoz faktörünün dışlanması, örneklem gruplarının yaş ortalamalarının birbirine benzer olmasına ve özellikle cinsel işlevler açısından grupları birbirleri ile karşılaştırırken yaş faktörü ile birlikte menopoz gibi cinsel işlevleri olumsuz etkileyen bir başka faktörün etkilerinin her grupta eşitlenmesine olanak sağlamıştır.

Eğitim ve gelir düzeyi üç örneklem grubunda farklılık göstermiştir. Meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalar ile sağlıklı kontrol grubu eğitim ve gelir düzeyi açısından birbirine benzerlik gösterirken, eğitim ve gelir düzeyi en düşük grubu total mastektomi uygulanmış hastalar oluşturmuştur. Meme rekonstrüksiyonunu seçen hastaların sosyoekonomik düzeylerinin daha yüksek olması beklenen bir bulgudur. Literatürde belirtildiği gibi bu çalışmada da meme rekonstrüksiyonunu seçen bayanların daha eğitilmiş ve gelir düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Desch ve ark. 1999, Harcourt ve Rumsey 2001). Bu çalışmada total mastektomi uygulanmış hastalar meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalara uygun sosyoekonomik düzeyden seçilebilirdi, fakat bu şekilde örneklem oluşturulduğunda halen adet gören hasta sayısı azalacağından bu yöntemle hastaları seçmenin uygun olmayacağı düşünülmüştür. Eğitim ve gelir düzeyinin beden algısı, benlik saygısı, cinsel işlevler ve eş uyumuna etkisini kontrol etmek amacıyla öncelikle bu değişkenler ile eğitim ve gelir düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmış ve sadece eğitim düzeyinin hedef değişkenleri etkilediği bulunmuştur. Bu nedenle gruplar arasında ortaya çıkan eğitim ve gelir düzeyindeki farklılığın hedef değişkenlere etkisi Kovaryans analizi yapılarak kontrol edilmiştir.

Cinsel işlevler üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu bildiğimiz tamoksifen sağaltımı (Ganz ve ark. 1999, Berglund ve ark. 2001, Rostom 2001), bu çalışmada kontrol edilmemesine rağmen hasta grupları tamoksifen kullanımı açısından farklılık göstermemiştir. Ayrıca tamoksifen sağaltımı alan ve almayan hastalar cinsel doyum açısından da farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde, son bir yıl öncesine kadar her iki hasta grubu kemoterapi ve radyoterapi alma açısından da farklılık göstermemiştir. Hasta gruplarının tamoksifen, radyoterapi ve kemoterapi sağaltımı açısından benzerlik göstermesi cinsel işlev bozukluklarının ameliyat tipinden ne oranda etkilendiğini belirlememize olanak sağlamıştır.

Literatürde hastalık konusunda ve özellikle kanser tedavilerinin cinsel yan etkileri konusunda bilgilendirilmenin sonraki dönemde hastalığa uyumu kolaylaştırdığı, psikososyal morbiditeyi azalttığı belirtilmektedir (McKee ve Schover 2001, Hughes 2000). Bu çalışmada meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalar, yalnızca total mastektomi uygulananlara göre daha yüksek oranlarda bilgilendirilme talebinde bulunmuşlardır. Bu bulgu eğitim düzeyinin bilgi talebi ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Hastaların doktorlar tarafından bilgilendirilme yüzdelere bakıldığında literatürde belirtildiği gibi ülkemizde de meme kanseri tanılı hastaların yeterince bilgilendirilmedikleri bulunmuştur (Hughes 2000).

Hasta grupları yapılan ameliyattan benzer oranlarda memnuniyet bildirmelerine rağmen, total mastektomi uygulanmış hastaların yarısı benzer bir durumla yeniden karşı karşıya geldiklerinde total mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonunu seçeceklerini belirtmişlerdir. Bu oranın meme rekonstrüksiyonu ve sağlıklı gruba göre daha düşük olmasının nedenleri araştırıldığında, bu hastalar ekonomik durumun ameliyat tercihinin büyük oranda etkilediğini belirtmişlerdir. Bu bulgu ekonomik durumun ameliyat tercihinin etkilediğini belirten çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Desch ve ark. 1999, Harcourt ve Rumsey 2001). Total mastektomi uygulanmış hastalardan genç olanlar (yaş≤41) meme rekonstrüksiyonunu seçeceklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu genç hastaların yaşlı olanlara göre total mastektomi ameliyatından daha fazla etkilendiğini belirten çalışmalarla uyumludur (Wolberg ve ark. 1987, Dunn ve Steginga 2000).

Bu çalışmada merak edilen noktalardan biri de beden algısı, cinsellik, eş uyumu ve benlik saygısı arasındaki ilişkiydi. Bu ilişkiye her örneklem grubunda ayrı ayrı bakılmıştır. Üç grupta da benlik saygısı ve cinsel doyum arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Benlik saygısı arttıkça cinsel doyumun arttığını ya da tam tersi olduğunu gösteren bu bulgu literatürle uyumludur (Wolberg ve ark. 1987, Carver ve ark. 1998, Al-Ghazal ve ark. 1999). Benlik saygısı ve eş uyumu arasında total mastektomi ve sağlıklı kontrol grubunda anlamlı ilişki saptanmışken, meme rekonstrüksiyonu grubunda bu ilişki bulunmamıştır. Bu bulguyu meme rekonstrüksiyonu geçiren kadınların kanser tanısı almadan önce de benlik saygılarının yüksek olduğu varsayımı doğrultusunda tartıştığımızda, bu grupta benlik saygısı ile eş uyumunun birbirlerini anlamlı oranda etkilemediği sonucu çıkarılabilir. Benlik saygısı ile beden algısı arasında sadece total mastektomi uygulanmış hastalarda pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunması ilginçtir. Meme rekonstrüksiyonu uygulanmış kadınlarda ve sağlıklılarda benzer ilişkinin gösterilememesi meme rekonstrüksiyonu ameliyatının beden algısını bozmadığı yönünde yorumlanabilir. Benzer şekilde beden algısı-cinsel doyum ve beden algısı-eş uyumu arasında sadece total mastektomi grubunda anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu total mastektominin beden algısını bozduğu ve bozulmuş beden algısının cinsel doyumda azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğunu göstermiştir. Bu bulgu olumsuz beden algısının cinsellik üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu belirten çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Al-Ghazal ve ark. 1999, Faith ve Schare 1993, Samelson ve Hannon 1999, Harcourt ve ark. 2003). Eş uyumu ile cinsel doyum arasında tüm gruplarda anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumludur (Bourgeois-Law ve Lotocki 1999, Ganz ve ark. 1999).

Bu çalışmanın en önemli bulgularından biri de benlik saygısının meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalar ile sağlıklı kontrollerde, total mastektomi uygulanmış hastalara göre daha yüksek çıkmış olmasıdır. Benlik saygısı en yüksek olan grup meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hasta grubudur. Bu bulgu ameliyat tipinin benlik saygısını olumsuz yönde etkileyeceğini savunan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Carver ve ark. 1998, Al-Ghazal ve ark. 2000).

Cinsel doyum ve eş uyumuna bakıldığında, gruplar bu açıdan farklılık göstermemiştir. Literatürde ameliyat tipinin cinsel doyuma etkisi ile ilgili birbirinden farklı bulguların olması nedeniyle bu soruya daha net bir cevap bulmak amacıyla işleme kriterlerimizi oldukça sınırladık. Bu bulgu ameliyat tipinin cinsel doyuma etkisi olmadığını belirten çalışma bulguları ile uyumlu bulunmuştur (Followfield ve ark. 1990, Followfield 1990, Ganz ve ark. 1998, Schover ve ark. 1995).

Bu çalışmada tek başına ameliyat tipinin eş uyumuna etkisi olmadığı bulunmuştur. Literatürde de belirtildiği gibi eş uyumu ile cinsel doyumun birbirine etkisi daha anlamlı olmaktadır (Bourgeois-Law ve Lotocki 1999, Ganz ve ark. 1999).

Total mastektominin beden algısı üzerine olumsuz etkilerinin olup olmadığı araştırıldığında, beden algısı en olumlu olan grubu sağlıklı kontrol grubu oluşturmuştur. Ölçeğin yalnız bir maddesi kişilerin memeleri hakkında algılarını yansıtmaktadır. Bu çalışmada Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış tek beden algısı ölçeği, VAÖ olduğundan, bu ölçek kullanılmıştır. Bu yönüyle aslında bu ölçeğin meme kanseri tanılı hastaların beden algılarını tam olarak yansıtmadığı düşünülmektedir. Nitekim çoğu meme kanseri tanısı almış ve total mastektomi uygulanmış hasta, uzun bir süre memelerine bakamayıp dokunmadıklarını, aynaya bakamadıklarını, banyo yaparken memelerine bakmadıklarını ve karanlıkta giyinip soyunmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Kullanmış olduğumuz vücut algısı ölçeğinin 23. maddesi kişilerin memelerini nasıl algıladıklarını sorgulamaktadır. Bu maddeye göre, meme algısı üç örneklem grubunda karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Memelerini beğenmeyen kadınların sayısı total mastektomi grubunda en fazla iken (n=37, % 74), memelerini beğenen kadınların sayısı da, en fazla meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hasta grubunda ve sağlıklı kontrol grubunda bulunmuştur (n=18, % 72, n=38, % 76 sırasıyla). Bu madde göz önüne alındığında, total mastektomi ameliyatı beden algısını olumsuz yönde etkilemiştir. Bu konuyla ilgili yurtdışı kaynaklı çalışmalarda beden algısını ölçmek amacıyla araştırmacılar ya kendilerinin oluşturdukları beden algısı ölçeğini, ya da Kanser Rehabilitasyonu Değerlendirme Sistemi’nin (Cancer Rehabilitation Evaluation System "CARES") beden algısı alt ölçe-

ğini kullanmışlardır. Bu ölçeklerin ortak noktaları ameliyat izlerinden dolayı rahatsızlık duyma ve bunu başkalarına göstermekten kaçınma, hastalığından dolayı vücudunu başkalarına göstermekten utanma gibi beden görünümü ve beden bütünlüğünü ayrıntılı irdeleyen sorulardan oluşmalarıdır. Bu nedenle, bu çalışmada kullanılan beden algısı ölçeği örneklem grubuna uygun bir ölçek değildir. Yine bu nedenle bu çalışmada genel beden algısından çok meme algısının önemi vurgulanmıştır. Bu çalışmada en kötü meme algısının total mastektomi uygulanmış hasta grubunda olduğu ve meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalar ile sağlıklı kontrollerin meme algılarının birbirine benzer olduğu sonucu çıkmıştır. Bu bulgu da ameliyat tipinin beden algısını olumsuz yönde etkilediğini savunan çalışmalarla uyumlu bir bulgudur (Carver ve ark. 1998, Al-Ghazal ve ark. 1999, Al-Ghazal ve ark. 2000, Rowland ve ark. 2000).

Bu çalışmayı planlarken merak ettiğimiz bir başka konu da, meme kanseri tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluklarını araştırmak ve en çok hangi cinsel işlev bozukluğunun görüldüğünü saptamaktır. Cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı ve özellikleri konusunda sağlıklı nüfusta yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır (Maunsell ve ark. 1989, Ganz ve ark. 1998). Bu çalışma ileriye dönük bir desenle yapılmamıştır ve hastaların çalışmaya katıldıkları andaki cinsel doyum, beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu değerlendirilmiştir. Meme ameliyatı öncesi bu parametreler hakkında bilgi edinebilmek ve ameliyat sonrası olmuş olabilecek değişiklikleri belirlemek amacıyla çalışmaya sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Üç örneklem grubunun, GRCDÖ ortalama toplam puanı açısından karşılaştırıldığında, anlamlı bir farklılık göstermediği belirtilmişti. Fakat bu ölçeğin alt boyut puanları karşılaştırıldığında iletişim alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Her bireyin cinsel işlev profiline bakıldığında, gruplar arasında kaçınma ve iletişim alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Kaçınma alt boyutunda problem yaşayan kadınların sayısı total mastektomi uygulananlarda meme rekonstrüksiyonu uygulananlara, meme rekonstrüksiyonu uygulananlarda da sağlıklı gönüllülere göre istatistiksel anlamlılık gösterecek oranda daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak meme kanseri tanılı hastalarda cinsel ilişkide iletişim ve kaçınma alanlarında cinsel işlev bozukluğu bulunmuştur.

Meme kanserinde tanının, kanser tarama programlarının, hastalığın topluma tanıtılmasının ve tanı araçlarının gelişmesi nedeniyle erken yaşlarda konduğu, bu hastaların uzun süre hayatta kaldıkları düşünüldüğünde, kişilerin yaşam kalitelerini artıracak düşünülmesinden yola çıkarak özellikle hangi grup hastanın ameliyatın kozmetik sonuçlarından daha çok etkileneceğini belirlemeyi amaçladık. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ameliyat tiplerinden total mastektomi, meme algısını ve benlik saygısını olumsuz etkilemiştir.

KAYNAKLAR

Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW (1999) Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity? *Eur J Surgical Oncology*, 25: 571-573.

Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW (2000) Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer*, 36: 1938-1943.

Baider L, Andritsch E, Uziely B ve ark. (2003) Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *Eur J Cancer Care*, 12:263-273.

Berglund G, Nystedt M, Bolund C ve ark. (2001) Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer Patients: A prospective randomized study. *J Clin Oncology*, 19: 2788-2796.

Bland KI, Copeland EM (1994) *Breast. Principles of Surgery*. 6. baskı, cilt 1, Schwartz, Shires, Spencer (Ed), Mc Grand Hill Inc, s. 531-594.

Bourgeois-Law G, Lotocki R (1999) Sexuality and gynaecological cancer: A need assessment. *Can J Human Sexuality*, 8: 231-241.

Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA ve ark. (1998) Concern about aspects of body image and adjustment to early stage. *Psychosom Med*, 60:168-174.

Çuhadaroğlu F (1986) *Adölesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.*

Desch CE, Penberthy LT, Hillner BE ve ark. (1999) A sociodemographic and economic comparison of breast reconstruction, mastectomy, and conservative surgery. *Surgery*, 125: 441-447.

Dunn J, Steginga SK (2000) Young women's experience of breast cancer: defining young and identifying concerns. *Psycho-Oncology*, 9: 137-146.

Faith MS, Schare ML (1993) The role of body image in sexually avoidant behavior. *Arch Sexual Behavior*, 22: 345-356.

Fırsıoğlu H, Demir A (2000) Applicability of the Dyadic Adjustment Scale of Marital Quality with Turkish Couples. *Eur J Psychol Assessment*, 16: 214-218.

Fallowfield L (1990) Psychosocial adjustment after treatment for early breast cancer. *Oncology*, 4: 89-96.

Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP ve ark. (1990) Psychological outcome of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Br Med J*, 301: 575-580.

Gagnon P, Massie MJ, Holland JC (1993) The woman with breast cancer: Psychosocial considerations. *Cancer Bulletin*, 45:538-542.

Bunun yanı sıra, ameliyat tipinin cinsel doyum ve eş uyumuna etkisi olmamıştır. Meme kanseri tanılı hastalarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunun cinsel ilişkiden kaçınma ve cinsel ilişkide iletişim bozukluğu olduğu bulunmuş ve genç hastalar daha çok total mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu seçeceklerini belirtmişlerdir. Bu konunun daha iyi aydınlatılması için geniş örneklemli ileriye dönük çalışmaların faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Ganz PA, Schag CAC, Lee JJ ve ark. (1989) Breast conservation versus mastectomy: Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery. *Cancer*, 63:1645-1655.

Ganz PA, Rowland JH, Desmond K ve ark. (1998) Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of Life and Sexual Functioning. *J Clin Oncol*, 16: 501-514.

Ganz PA, Desmond KA, Belin TR ve ark. (1999) Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*, 17: 2371-2380.

Harcourt DM, Rumsey NJ (2001) Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *J Adv Nurs*, 35: 477-487.

Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR ve ark. (2003) The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg*, 111:1060-1068.

Hovardaoğlu S (1993) *Vücut Algısı Ölçeği*. 3P, 1: 26.

Hughes M (2000) Sexuality and the cancer survivor: A silent coexistence. *Cancer Nurs*, 23: 477-482.

Jamison KR, Wellisch DR, Pasnau RO (1978) Psychological aspects of mastectomy: the women's perspective. *Am J Psychiatry*, 135: 432-436.

Levy SM, Haynes LT, Herberman RB ve ark. (1992) Mastectomy versus breast conservation survey: Mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychol*, 11:349-354.

Maunsell E, Brisson J, Deschenes L (1989) Psychological distress after initial treatment for breast cancer: A comparison of partial and total mastectomy. *J Clin Epidemiol*, 42: 765-771.

McKee AL, Schover LR (2001) Sexuality rehabilitation. *Cancer*, 92:1008-1012.

Noguchi M, Kitagawa H, Kinoshita K ve ark. (1993) Psychologic and cosmetic self-assessments of breast conserving therapy compared mastectomy and immediate breast reconstruction. *J Surg Oncol*, 54: 260-266.

Poivy J (1977) Psychological effects of mastectomy on a women's feminine self-concept. *J Nerv Ment Dis*, 164: 77-87.

Pozo C, Carver CS, Noriega V ve ark. (1992) Effect of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of the first year post surgery. *J Clin Oncol*, 10:1292-1298.

Reaby LL, Hort LK (1995) Postmastectomy activities in women who wear external breast prostheses compared to those who have undergone breast reconstructions. *J Behav Med*, 18:55-67.

Rosenberg M (1965) Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Pre.

Rostom AY (2001) The management of menopausal sequelae in patients with breast cancer. Clin Oncol, 13: 174-180.

Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE ve ark. (2000) Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. J Natl Cancer Inst, 92:1422-1429.

Rust J, Golombok S (1986) The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. Arch Sex Behav, 15(2): 157-165.

Sainsbury JRC, Anderson TJ, Morgan DAL (2000) Breast Cancer. BMJ, 321:745-751.

Samelson DA, Hannon R (1999) Sexual desire in couples living with chronic medical conditions. Family Journal, 7: 29-30.

Schain W (1991) Psychosocial factors in mastectomy and reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast, Noone RB (Ed), BC Decker, Pennsylvania.

Schlebusch L (1998) South Africa beyond transition: psychological well being. Schlebusch L (Ed), Pretoria: Psychological Society of South Africa.

Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ ve ark. (1995) Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. Cancer, 75: 54-64.

Secord PF, Jourard SM (1953) The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. J Consult Psychol, 17:343-347.

Spanier GB (1976) Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. J Marr Family, 38:15-28.

Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E (1993) Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 4: 83-88.

Wolberg WH, Tanner MA, Romsaas EP ve ark. (1987) Factors influencing options in primary breast cancer treatment. J Clin Oncol, 5: 68-74.

RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

1. **Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü** kurucusu olduğu *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı* ve *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği* işbirliğiyle düzenlenmiştir. 1999 yılından beri verilmektedir.
2. Ödül, modern psikiyatriyi Türkiye'de yerleştiren ve kamuoyunda yaptığı çalışmalarla toplumla psikiyatriyi bütünleştiren **Prof. Dr. Rasim ADASAL**'ın adına konulmuştur. Onun hizmetlerinin gelecek kuşaklara aktarılması ve tanıtılması amacını taşımaktadır. Böylelikle ruh hekimi ve topluma mal olmuş bir kişilik olarak onun anısını canlı tutmak amaçlanmıştır.
3. Ödül, verildiği yıl esas olmak üzere, son beş yıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ülkemizde yapılmış ve yurt dışında yayınlanmış klinik çalışmalara verilmektedir.
4. Ödül jürisi her yıl Ankara Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından belirlenecek yedi kişiden oluşmaktadır. Ödül jürisi seçim sonucunu o yıl yapılan Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde ilan edecektir.
5. Ödül için başvuru her yıl 01 Ocak-31 Temmuz tarihleri arasındadır.
6. Ödüle başvuran çalışmalar için daha önce ödül almamış olma koşulu vardır.
7. Ödül başvurusunda bulunan araştırmacının çalışmadaki ilk iki isimden biri olması ve özgeçmişi ile yayın listesini başvurusuna eklemesi gerekmektedir.
8. Başvuruların değerlendirilmesinden gözönüne alınacak temel ölçütler şunlardır:
 - i. Özgünlük
 - ii. Yöntemsel yetkinlik
 - iii. Ülkemiz bilim aktivitesini temsil niteliği
 - iv. Yayımlandığı dergi
9. Ödül jürisinde görev alanlar her çalışma için gerekçeli kişisel rapor hazırlayacak ve yapacakları sıralama değerlendirmede esas alınacaktır.
10. Ödül tutarı her yıl için ayrıca belirlenecek olup Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği tarafından karşılanacaktır.