



**MEME KANSERLİ KADINLARDA CİNSEL İŞLEVİN TÜM
YÖNLERİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ: “ENTEGRE CİNSEL
İŞLEV ÖLÇEĞİ”NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK
ÇALIŞMASI**

Seher DURĞUT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR**

Doktora Tezi- 2025

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERLİ KADINLARDA CİNSEL İŞLEVİN TÜM YÖNLERİYLE
DEĞERLENDİRİLMESİ: “ENTEĞRE CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ”NİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMASI**

Seher DURĞUT

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı**

Doktora Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR**

**Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR
Prof. Dr. Sermin Timur TAŞHAN
Doç. Dr. Gülçin NACAR
Doç. Dr. Semiha Aydın ÖZKAN
Doç. Dr. Sidar GÜL**

**MALATYA
2025**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Meme Kanseri Kadınlar Cinsel İşlevin Tüm Yönleriyle Değerlendirilmesi: “Entegre Cinsel İşlev Ölçeği”nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması” başlıklı Doktora tezinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 11/07/2025

Seher DURĞUT

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ix
ABSTRACT	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Memenin Anatomi ve Fizyolojisi	4
2.2. Meme Kanseri	5
2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	5
2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri	7
2.5. Meme Kanseri Tedavisi	10
2.5.1. Cerrahi Tedavi.....	10
2.5.2. Radyoterapi	12
2.5.3. Kemoterapi.....	13
2.5.4. Hormonal Tedavi	13
2.6. Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Beden Algısı	14
2.7. Memenin Kadın İçin Önemi	17
2.8. Cinsellik ve Kadın Cinsel Yaşam Döngüsü	18
2.9. Meme Kanseri ve Cinsel Sağlık.....	20
2.10. Meme Kanseri Cinsel İşlevin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler.....	23
2.11. Meme Kanseri ve Eş/Partner Desteği	24
2.12. Meme Kanseri Kadınlarda Cinsel İşlevin Sürdürülmesinde Hemşirenin Rolü.....	26
3. MATERYAL VE METOT	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Veri Toplamada Kullanılan Araçlar.....	29
3.4.1. Kişisel Bilgi ve Geçmiş Tıbbi Öykü Formu	29

3.4.2. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği/ Integrated Sexual Function Scale	29
3.5. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği'nin Uygulama Aşamaları	33
3.5.1. Dil Geçerliği.....	33
3.5.2. Kapsam Geçerliği.....	34
3.5.3. Pilot Uygulama	34
3.5.4. Yapı Geçerliği	34
3.5.5. Güvenirlik Analizleri	35
3.6. Verilerin Toplanması	36
3.7. Verilerin Analizi	37
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	37
3.9. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Memelerin Rolü Öz-Kontrol Listesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	42
4.2. Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	45
4.3. Meme Kanseri Kadınlar İçin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	49
5. TARTIŞMA	65
5.1.1 Memelerin Rolü Öz Kontrol Listesi Ölçeği' nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.1.2. Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.1.3. Meme Kanseri Kadınlar için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR	75
EKLER.....	98
EK-1. Özgeçmiş	98
EK-2. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul izni	99
EK-3. Kişisel Bilgi Formu	100
EK-4. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği (ECİÖ) Orijinali	104
EK-5. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği Türkçe Uyarlaması	112
EK-6. Görüşü Alınan Uzmanların Listesi.....	119
EK-7. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği Kullanım İzni.....	120

EK-8. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Onkoloji Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni	121
EK-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	122



TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı yaparken bana önderlik eden, bilgi birikimi ve özverili desteğiyle çalışmamın her aşamasında yolumu aydınlatan, çalışma süresince her türlü sabrı, yardım ve desteğini esirgemeyen, tezimde büyük emeği olan çok kıymetli danışmanım Prof. Dr. Yurdağül YAĞMUR'a, tez izleme komitesinde yer alarak bilgi ve deneyimleriyle çalışmama katkı sağlayan çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Yeşim AKSOY DERYA ve Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN'a, tez savunma sınavıma katılarak değerli görüş ve katkılar sunan Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN, Doç Dr. Sıdar GÜL ve Doç. Dr. Gülçin NACAR'a,

Bu süreçte bana her zaman inanan, sabırla yanımda olan, sevgileri ve büyük fedakârlıklarıyla bugünlere gelmemi sağlayan, beni ben yapan değerleri öğreten, her zaman arkamda duran, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, canım annem Gülşen KARATAŞ'a ve canım babam Hasan KARATAŞ'a,

Her anımda bana destek veren ve varlığını hep yanımda hissettiğim canım kardeşlerim Mehmet KARATAŞ, Bünyamin KARATAŞ, Yasemin TURAN ve Sevgi KARATAŞ'a,

Hayatımın en kıymetli varlıkları olan, sabırları ve sevgileri ile bana güç veren sevgili çocuklarım Muhammed Efe DURĞUT ve Mustafa Vahap DURĞUT'a,

Bu uzun ve meşakkatli yolda birlikte yan yana yürüdüğüm tüm arkadaşlarıma,

Ölçeği tercüme etme izni için Prof. Dr. Cherng-Jye JENG ve arkadaşlarına, bu tezde katılımcı olarak yer alan ve değerli zamanlarını ayırarak çalışmama katkı sağlayan kadınlara,

Sonsuz sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

Seher DURĞUT

ÖZET

Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlevin Tüm Yönleriyle Değerlendirilmesi: “Entegre Cinsel İşlev Ölçeği”nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması

Amaç: Meme kanserli kadınlarda cinsel işlevi değerlendirmek için geliştirilen ECİÖ’nün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada, meme kanseri tedavisi sonrasında kontrol veya ayaktan tedavi amacıyla Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji Poliklinikleri’ne başvuran, kadınlar dahil edilmiştir. Katılımcılara “Kişisel Bilgi Formu”, “Geçmiş Tıbbi Öykü Formu” ve ECİÖ alt bölümleri olan MRÖKL, ÖSMRÖ ve MKK-KCİÖ uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde Kolmogorov-Smirnov, AFA, DFA, güvenilirlik ve test-tekrar test analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada, ölçme araçlarının kapsam geçerlik düzeylerini belirlemek amacıyla dil ve alan uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda KGI’leri; MRÖKL için 0.983, ÖSMRÖ için 0.900 ve MKK- KCİÖ için 0.993 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklere ait KMO ve Bartlett küresellik testleri anlamlı bulunmuştur. Cronbach α değerleri yüksek güvenirlikte elde edilmiştir. Test- tekrar test güvenirliği mükemmel sınırlarda bulunmuştur. DFA sonucunda her bir ölçek için uyum indeksleri kabul edilebilir ve iyi düzeydedir. Türkçe uyarlama sonucunda MRÖKL ve ÖSMRÖ ölçeklerinde tek faktör altında 6 madde, MKK- KCİÖ’de ise “cinsel istek” ve “cinsel yanıt” olmak üzere iki faktör altında 12 madde elde edilmiştir.

Sonuç: ECİÖ, Türk toplumundaki meme kanserli kadınlarda cinsel işlevin değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel İşlev, Geçerlik ve Güvenirlilik, Meme Kanseri, Ölçek

ABSTRACT

Evaluation of All Aspects of Sexual Function in Women with Breast Cancer: Validity and Reliability Study of the “Integrated Sexual Function Scale”

Aim: To determine the validity and reliability of the Turkish form of the ISFS, which was developed to evaluate sexual function in women with breast cancer.

Material and Method: This study included women who presented to the Medical Oncology Outpatient Clinic of Gaziantep University Şahinbey Oncology Hospital for follow-up or outpatient treatment after breast cancer treatment. The participants were administered the “Personal Information and Medical History Form,” and the subscales of the ISFS, namely the BRSC, the SBRDF and the BCS-FSFI. In the statistical analysis, Kolmogorov-Smirnov, EFA, CFA, reliability, and test-retest analyses were used.

Results: In this study, language and field expert opinions were used to determine the content validity levels of the measurement tools. According to expert opinions, the CVIs were determined as 0.983 for the BRSC, 0.900 for the SBRDF and 0.993 for the BCS-FSFI. KMO and Bartlett sphericity tests for the subscales were found to be significant. Cronbach's α coefficients were obtained at a high reliability level. Test-retest reliability was found to be excellent. As a result of CFA, the fit indices for each scale were obtained at acceptable and good levels. In the Turkish adaptation, 6 items under a single factor were obtained in BRSC and SBRDF, while 12 items under two factors were obtained, namely "sexual desire" and "sexual response" in the BCS-FSFI.

Conclusion: The ISFS is a valid and reliable measurement tool that can be used to assess sexual function in women with breast cancer in Turkish society.

Keywords: Breast Cancer, Sexual Function, Scale, Validity and Reliability

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index
BCS-FSFI	: Female Sexual Function Scale for BCSs
BRSC	: Breasts Role Self-Checklist
CFI	: Comparative Fit Index
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECİÖ	: Entegre Cinsel İşlev Ölçeği
FSFI	: Kadın Cinsel İşlev İndeksi
GFI	: Goodness of Fit Index
GLOBOCAN	: Global Cancer Observatory
HER2+	: İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü 2
HR+	: Hormon Reseptörü Pozitif
ICC	: Intraclass Correlation Coefficient
IFI	: Incremental Fit Index
ISFS	: Integrated Sexual Function Scale
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Ortalaması
KMO	: Kaiser-Mayer-Olkin
KVAO	: Kümülatif Varyans Açıklama Oranı
MKC	: Meme Koruyucu Cerrahi
MKK-KCİÖ	: Meme Kanseri Kadınlar İçin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
ML	: Maximum Likelihood
MRÖKL	: Memelerin Rolü Öz Kontrol Listesi
NFI	: Normed Fit Index
OKS	: Oral Kontraseptif
ÖSMRÖ	: Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği
r	: Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı
RMR	: Root Mean Square Residual
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
SBRDF	: Scales for Breasts' Role During the Foreplay

SKK	: Sınıf İçi Korelasyon Kat Sayısı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SRMR	: Standardized Root Mean Square Residual
TLI	: Tucker- Lewis Index
TNBC	: Triple Negatif Meme Kanseri
VAO	: Varyans açıklama oranı
β_1	: Standartlaştırılmış Beta katsayısı,
β_2	: Standartlaştırılmamış Beta Katsayısı



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 4.1. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları	44
Şekil 4.2. Tedavi sürecinde ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları	48
Şekil 4.3. Tedavi Sonrası ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları	49
Şekil 4.4. Tedavi sürecinde meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları	54
Şekil 4.5. Tedavi sonrası meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları	54

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. ECİÖ'nün orijinal versiyonunun faktör grupları ve madde sayıları	32
Tablo 3.2. Araştırma sonucu ECİÖ'nün faktör grupları ve madde sayıları	32
Tablo 3.3. Entegre cinsel işlev ölçeği uyarlama süreci	33
Tablo 4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=300)	39
Tablo 4.2. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=300)	40
Tablo 4.3. Kadınların tıbbi özgeçmişlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=300)	41
Tablo 4.4. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeği ölçek maddelerine ilişkin kapsam geçerlik indeksi skorları	42
Tablo 4.5. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeğine ait AFA sonuçları	43
Tablo 4.6. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeğine ait DFA sonuçları	44
Tablo 4.7. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeğine ait güvenirlik sonuçları	45
Tablo 4.8. Ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeği ölçek maddelerine ilişkin kapsam geçerlik indeksi skorları	45
Tablo 4.9. Tedavi süreci ve sonrasında ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait AFA sonuçları	46
Tablo 4.10. Tedavi süreci ve sonrasında ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait DFA sonuçları	47
Tablo 4.11. Tedavi süreci ve sonrasında ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait güvenirlik sonuçları	49
Tablo 4.12. Meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeği ölçek maddelerine ilişkin kapsam geçerlik indeksi skorları	50
Tablo 4.13. Tedavi süreci ve sonrasında meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait AFA sonuçları	51
Tablo 4.14. Tedavi süreci ve sonrasında meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait DFA sonuçları	53
Tablo 4.15. Tedavi süreci ve sonrasında meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait güvenirlik sonuçları	56
Tablo 4.16. A, Ba, Bb, Ca, Cb Ölçeklerine ilişkin DFA uyum iyiliği kriterleri	58
Tablo 4.17. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler	60
Tablo 4.18. Test- tekrar test analizi bulguları	62

Tablo 4.19. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	64
--	----



1. GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda en sık teşhis edilen kanserdir (%11.6). Dünya genelinde yeni tanı almış 2.3 milyon meme kanserli kadın olduğu; bütün yaş gruplarındaki kadınlarda bakıldığında bu oranın yüz bin kadında 46.8 olduğu belirtilmektedir (1). Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2022 yılı verilerine göre ülkemizde kadınlarda sıklıkla görülen kanserler içerisinde meme kanseri 25.249 vaka ile ilk sıradadır ve kansere bağlı ölümlerde de önde gelmektedir (2).

Kadın için meme, bebeğin beslenmesini sağlama işlevinin yanında, çekiciliğe de katkıda bulunan bir role sahiptir. Kadın memesi kadınlığın, çekiciliğin ve cinselliğin simgesidir (3, 4). Bu bağlamda meme kadın vücudunda merkezi bir öneme sahiptir. Meme başı, kadın vücudunun erojen bölgesidir ve cinsel uyarılmadan etkilenir. Aynı zamanda partner için meme erotik öneme sahiptir (5). Memenin cinsel fizyolojisi, çeşitli dokunsal uyarılara karşı erektile tepkiyi içerir. Meme dokusu ve meme başının cinsel aktivite sırasında uyarılması, cinsel hislerin deneyimlenmesini sağlayarak klitoral duyarlılığı, vajinal kayganlığı ve orgazmı destekler. Dolayısıyla meme dokusu ve meme ucunun cinsel uyarıya tepkisi, cinsel tatmini ve partner tatminini etkilemektedir (6). Meme kanseri yalnızca tıbbi bir hastalık değildir, aynı zamanda kadınların cinsel çekiciliğine, doğurganlığına ve annelik yeteneğine karşı tehdit oluşturmamasından dolayı fizyolojik ve psikososyal açıdan ele alınması gereken bir hastalıktır (4, 7, 8). Meme kanserinin kadınlarda cinsel işlev üzerindeki etkilerinin memenin görünümü, tedavinin doğrudan ve yan etkisi, partnerin tepkisi olmak üzere üç faktörle açıklanabileceği belirtilmektedir (9).

Meme kanseri tedavisi uzun sürelidir ve kombine tedavi gerektirir. Kanserlin evresine bağlı olarak meme koruyucu veya meme rezeksiyonu gibi cerrahi tedaviler uygulanırken, patolojik sonuçlara bağlı olarak kemoterapi, radyoterapi ve endokrin tedavi kullanılmaktadır (10). Meme kanserli kadınlar; kanser teşhisi ve tedavisi nedeni ile psikolojik, fiziksel, cinsel, sosyal ve bireysel birtakım sorunlar yaşamakta ve bunlara özgü tepkiler oluşturmaktadır (11- 13). Meme kanseri tedavisi, bir kadının üreme ve cinsel işlevlerini, vücut bütünlüğünü ve kendini cinsel bir varlık olarak tanımlama biçimlerini kalıcı olarak değiştirmektedir (14). Meme kanseri tanı- tedavi süreci ve sonrasında kadınlarda azalmış cinsel istek ve uyarılma, yetersiz vajinal kayganlık ve orgazma ulaşma zorluğu gibi belirtileri kapsayan cinsel işlev bozuklukları görüldüğü

belirlenmektedir (15). Olumsuz beden imajı, partnerlere karşı algılanan cinsel çekiciliğin azalması ve düşük öz saygı cinsel işlevde bozulmayı arttırabilmekte bu sebeple cinsel sorunların tedaviden yıllar sonra bile devam edebildiği belirtilmektedir (15, 16). Kanserli kadınların %68'inin en az bir alanda cinsel işlev bozukluğu, %58'inin ise en az bir boyutta yüksek düzeyde üreme kaygısı bildirdiği gösterilmektedir (17). Yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu sıklığı meme kanserli kadınlarda sağlıklı kadınlara göre daha yüksek (%74) bulunmuş ve cinsel işlev bozukluğuna sahip olma olasılığı, sağlıklı olan gruba kıyasla 3.9 kat artmıştır (18).

Mastektomi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi gören kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun tedavi sürecinden sonra arttığı belirtilmiştir (19). Radyasyon tedavisi lokal bir etkiye sahip olduğundan, kadınların cinsel fizyolojisi üzerinde uzun süreli etkiler yaratmaz ancak birçok kadın tedavi sırasında deride hiperpigmentasyon, cilt kuruluğu ve döküntüleri, ciltte aşırı duyarlılık, yanıklar, meme fibrozisi ve cinsel duyarlılığın kaybı gibi sorunlar yaşar. Tedaviden hemen sonra kısa bir süre için ciltte yanma yaşanabilir ve ciltte yara izi kalıcı olabilir, bu da beden imajını dolayısıyla cinselliği olumsuz etkiler (12, 20, 21).

Kemoterapi ve/veya hormon tedavisi erken menopoza neden olduğundan, özellikle 50 yaşından küçük kadınlar cinsel işlevi olumsuz yönde etkileyen sorunlar yaşamaktadır (17, 22). Kemoterapi sonrası kadınlarda sırasıyla vajinal kuruluk, libido azalması, disparoni, gecikmiş orgazm ve anorgazmi gibi semptomlar görülebilmektedir (23). Hormonal tedavi sonrası kadınlarda cinsel aktivitede azalma (24), cinsel hazda düşüklük (25), vazomotor semptomlar (26), beden imajı sorunları, lubrikasyon ve vajinal sorunlar ile ilişkili cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir (17).

Meme kanseri cerrahisi, kadınlık sembolü olan memeyi etkilediği için vücut imajını olumsuz etkiler (10). Mastektomi sonrası kadınlar cinsel arzu, uyarılma, lubrikasyon sorunları yaşamakta, orgazma ulaşma yetenekleri azalmaktadır (27). Meme ucu erojen bir bölgedir ve meme ucu uyarısının kadınların %80'inde cinsel tatminin önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir (28). Cerrahi sonrası görülen duyu kaybı kadınların fiziksel, psikososyal ve cinsel yaşamını etkilemektedir. Memede duyu kaybını önlemek amacıyla uygulanan meme koruyucu cerrahi (MKC) sonrasında ameliyat öncesi döneme göre meme ucu duyarlılığının azaldığı ancak postoperatif dönemin sonraki aylarında duyarlılığın bir miktar arttığı kadının yaşam kalitesinin olumlu etkilendiği belirtilmektedir (29).

Hem meme kanserli kadınlar hem de partnerleri meme kanserine bağı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerle baş etmek zorundadır (30). Yapılan çalışmalar meme kanserli kadınların partnerlerinin, sağlıklı kadınların partnerlerine göre daha fazla cinsel zorluk yaşadıkları, daha az cinsel haz duydukları ve evlilik doyumunun daha düşük olduğunu göstermektedir (30-32). Dolayısıyla meme kanseri tanısı ve tedavi süreci hem kadınların hem de partnerlerinin cinsel tatminini etkilemektedir (31, 32).

Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde kadınlarda yaşanan cinsel sorunlar meme kanseri olan kadınlar için kapsamlı ve etkili bir ölçüm aracına ihtiyaç doğurmuştur. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği'nin (ECİÖ) içeriği sadece tıbbi yönlerle ilişkin bilgileri değil, aynı zamanda toplum tarafından vurgulanan nesneleştirme perspektifine de dikkat çekmektedir. Ölçek meme kanseri ile cinsel işlev arasındaki ilişkinin incelenmesine olanak sağlarken aynı zamanda hastanın tedavi sürecinde ve sonrasında cinsel işlevinin ve sağlığının değerlendirilmesine olanak tanımaktadır (9). Meme kanseri ve tedavilerinin kadınlar üzerindeki olumsuz etkilerinin değerlendirilmesinde genellikle Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI) (33) ve Cinsel yaşam kalitesi ölçeği (34) kullanılmaktadır. Ancak mevcut ölçeklerin meme kanseri kadınlarda cinsel işlevi ve memelerin önemini, kapsamlı ve kültürel açıdan duyarlı biçimde değerlendirme ve tıbbi sürecin tamamını kapsama konularında yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu nedenle ECİÖ'nün Türkçeye uyarlanması ülkemizde meme kanseri olan kadınlarda cinsel işlevin bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesine olanak tanıyacaktır. Bu çalışmada, Jeng ve ark. tarafından geliştirilen "Entegre Cinsel İşlev Ölçeği"nin (Integrated Sexual Function Scale- ISFS) geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türkçe'ye uyarlanması amaçlanmıştır.

Araştırma başlangıcında belirlenen araştırma soruları şu şekildedir:

S1: Entegre Cinsel İşlev Ölçeği Türk toplumu için geçerli bir araç mıdır?

S2: Entegre Cinsel İşlev Ölçeği Türk toplumu için güvenilir bir araç mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Anatomi ve Fizyolojisi

Anatomik olarak memeler, meme duvarında, 2. ve 6. interkostal aralıklar arasında yer almakta olup, sternum ile orta aksiller hat arasında simetrik olarak bulunurlar (8, 35). Memeler, bağ dokusu ve fasia aracılığıyla kaslara bağlanırken, glandüler yapıları koltuk altına doğru uzanır. Bu uzantıya "Spencer'in aksiller uzantısı" adı verilir. Her bir meme bezi, 15-20 lobdan oluşur ve her lob, 20-40 lobül içerir. Bu lobüller ise 10 ile 100 arasında alveol (asinus) barındırır. Loblar, kendilerine ait süt kanalları aracılığıyla meme başına açılır. Süt kanalları, subareolar bölgede 5-8 mm çapında süt sinüslerine (sinüs laktiforus) dönüşür. Meme başı, areolanın merkezinde yer alır ve areola yüzeyinde, Montgomery tüberkülleri adı verilen küçük çıkıntılar bulunur. Areola, duyarlı sinir uçları, yağ bezleri ve apokrin ter bezleriyle zenginleşmiştir (8, 35, 36).

Menstrual siklus, gebelik ve laktasyon gibi fizyolojik süreçler, meme dokusunun yapısında değişikliklere neden olur. Memenin gelişimi, hipotalamus, ön hipofiz ve overlerden salgılanan hormonlarla düzenlenir (8, 35, 37). Puberte döneminde overlerin östrojen ve progesteron üretmeye başlamasıyla meme bezlerinin ilk gelişimi başlar. Telarş adı verilen bu dönem, her bireyde farklılık gösterebilir. Meme dokusu, pubertenin başlangıcından yaklaşık üç-dört yıl sonra son hâline gelir. Memeler her menstrual döngüde değişikliğe uğrar. Ovulasyon öncesinde meme dokusu daha az yoğundur; bu nedenle muayene ve mamografi için en uygun dönemdir. Memelerin en fazla büyüme gösterdiği dönem gebelik ve laktasyon sürecidir (38). Menopoz sonrası dönemde ise meme dokusunda atrofi görülür; alveollerdeki sekretuar hücreler, bağ dokusu ve stroma hücrelerinde azalma meydana gelir (38, 39).

Memenin yapısı, ektodermal kökenli olup, işlevsel yapısı da buna bağlı olarak gelişmiştir. Meme estetik ve erotik bir değer taşır, aynı zamanda emzirme işlevini yerine getiren önemli bir organ olarak görev alır (40). Meme ucu, meme bezinin özel bir parçasıdır. Cinsel uyarılma ve zevkli cinsel tepkilerde rol oynar. Bu işlevleri sağlamak için meme ucu, merkezi sinir sistemine basınç, hafif dokunma, sıcaklık ve nosiseptif uyarı ileten somatosensoriyel sinirlerle donatılmıştır (41).

2.2. Meme Kanseri

Meme kanseri kadınlarda yaygın olarak ortaya çıkan malign bir hastalıktır. Genellikle meme ucu ve areola bölgesinde görülmektedir (42). Meme kanserinin terminal, duktal, lobüler ünitenin epitel hücrelerinde başladığı ve genetik mutasyonlar sonucu olduğu düşünülmektedir (43). Bu kanserle ilişkili risk faktörleri diğer kanserlere göre değişiklik gösterse de genetik yatkınlık, özellikle BRCA1 veya BRCA2 genindeki mutasyonlar, bu malignite için önemli bir nedensel faktördür. BRCA geni patojenik varyantlarını taşıyan kadınların, yaşadığı sürece meme ve over kanseri geliştirme riski devam etmektedir. Erkek taşıyıcılarda da prostat ve meme kanseri riskinde artış görüldüğü belirtilmektedir (44, 45). Meme kanserinin erken evresinde kanser yalnızca meme dokusunda ya da koltuk altı lenf nodlarında görülür. Bu evrede tedavi edilebilir düzeydedir. Güncel tedavi yaklaşımları ile birlikte hastaların %70-80'inde tedavi olanağı artmıştır. İleri evre meme kanserinde metastaz görülebildiği için tedavi şansı düşüktür. Bu evrede meme kanserinde asıl amaç tedaviyle ilişkili toksisite ile yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek için sağ kalımı uzatmak ve semptomları kontrol etmektir (45).

2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanserinin insidans, mortalite ve sağ kalım seviyeleri dünyanın her bölgesinde farklıdır. Bu farklılığın nüfus yapısı, yaşam şekli, kalıtsal faktörler ve çevre gibi birçok faktörden dolayı oluştuğu düşünülmektedir. Zaman geçtikçe artan risk faktörleri meme kanseri prevalansını artırmaktadır (46). Uluslararası kanser verilerine göre meme kanserinin küresel yaygınlığı yaklaşık %11.6'dır. Meme kanseri, 2.3 milyon yeni vaka ile kadınlarda kanserden ölümlerin önde gelen nedenidir, bunu akciğer ve kolorektum kanserleri takip eder. Dünyada 666.103 ölümle kanser ölümüne neden olan dördüncü (%6.8) kanserdir (1, 47).

Meme kanseri, 185 ülkenin 157'sinde insidans açısından ve 112 ülkede kanser ölüm nedenleri açısından önde gelmektedir (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan epidemiyolojik bir çalışmaya göre, meme kanseri insidans oranları etnik gruplar arasında farklılık göstermektedir. Yüz bin kadın başına düşen vaka sayısı incelendiğinde, Hispanik (104.1), Asyalı/Pasifik Adalı (108.3), Siyah (131.3) ve Amerikan Yerlisi/Alaska Yerlisi (123.6) kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı, Beyaz kadınlara (137.9) kıyasla daha düşük bulunmuştur (48).

Gelişmiş ülkelerde meme kanseri insidansı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelere yaşayan kadınlar gelişmiş ülkelere yaşayan kadınlara kıyasla daha yüksek ölüm oranlarına sahiptir (sırasıyla 100.000'de 15.3 ve 11.3). En yüksek ölüm oranları Melanezya'da bulunmaktadır. Fiji (100.000'de 26.8), Batı Afrika ve Mikronezya/Polinezya ile birlikte dünyanın en yüksek ölüm oranına sahiptir (1). Amerika'da kadınlarda meme kanseri tek başına vakaların %32'sini oluşturmaktadır (49). Gelişmekte olan ülkelere kıyasla gelişmiş ülkelere daha yüksek insidans oranlarının görülmesinin nedenleri arasında, erken yaşta menarş, geç yaşta menopoz, ileri yaşta ilk doğum, düşük doğurganlık, daha az emzirme, hormon replasman tedavisi, oral kontraseptif (OKS) kullanımı, alkol alımı, aşırı vücut ağırlığı ve fiziksel hareketsizlik gibi çok sayıda üreme ve yaşam tarzı risk faktörünün bulunması ayrıca mamografi gibi tanı yöntemleri aracılığıyla erken tanı konulması sayılabilir (1).

GLOBOCAN verilerine göre ülkemizde 2022 yılında kadınlarda tüm kanserler arasında meme kanseri 25.249 vaka ile ilk sıradadır. Ölüm oranlarına göre ise tüm kanserler içinde %5.7 ile 5. sıradadır (2).

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, 2018 yılı için kadınlar arasında meme kanseri sıklığı 100.000 kişide yaklaşık 45.6 olarak rapor edilmiştir. Coğrafi dağılım açısından değerlendirildiğinde, Doğu Anadolu Bölgesi'nde bu oranın 100.000'de 20 civarında olduğu, Batı bölgelerinde ise 100.000'de 50'ye kadar yükseldiği bildirilmektedir. Bu farklılığın, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, çevresel etmenler ve sağlık hizmetlerine erişim gibi sosyodemografik değişkenlerle ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, 45–54 yaş arası kadınlarda meme kanseri prevalansının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (50). Ülkemizde meme kanseri sıklığının artması ile birlikte meme kanseri tanısı pek çok kadında ileri evrede konulmaktadır. Özmen ve arkadaşlarının 20.000 hastayı dahil ettiği araştırmada meme kanserinin patolojik evresine göre oranları belirlenmiştir. Buna göre; Evre 0'da (karsinoma in situ) %4.7, Evre I'de %28.5, Evre II'de %48.3, Evre III'te %14.5 ve Evre IV 'te %4 oranında görüldüğü saptanmıştır (51). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü istatistiklerine göre, kadınlarda yaşa özel kanser hızlarının dağılımına bakıldığında, en sık görülen kanser türü yüz binde 43.4 ile meme kanseri olup, ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca, 45 yaş üzeri kadınlarda kanser görülme hızının arttığı ve en sık rastlanan meme kanseri türünün %83.9 ile İnfiltratif Duktal Karsinom olduğu belirtilmiştir (52). Türkiye' de meme kanseri sıklığının artmasının nedenleri olarak: obezite, hareketsizlik, geç doğum, emzirme süresinin kısalması, erken menarş, geç menopoz, uzun süren OKS kullanımı ve hormon

replasman tedavisi gibi yaşam tarzı ve üreme ile ilgili risk faktörlerinin bulunması aynı zamanda nüfusun yaşlanması ve artması, mamografi çekiminin düzensiz artışı gösterilmektedir (50).

2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanseri için risk oluşturan etmenler; sosyo-demografik özellikler, üreme ve hormonal durumlar, genetik yatkınlık, yaşam tarzı tercihleri, meme ile ilişkili özel durumlar ve diğer çevresel ya da bireysel faktörler başlıkları altında sınıflandırılabilir (46, 53, 54).

Meme kanseri ile ilgili sosyo-demografik faktörler incelendiğinde; kadınlarda meme kanserinin erkek cinsiyete göre daha erken yaşta izlendiği ve daha iyi sağ kalımla ilişkili olduğu belirtilmiştir (46, 54). Cinsiyetin ardından en güçlü risk faktörlerinden biri olarak kabul edilen yaş, meme kanseri insidansında belirleyici bir rol oynamaktadır. Yaş ilerledikçe hastalığın görülme sıklığında anlamlı bir artış gözlenmekte; özellikle menopoz döneminde bu oran en yüksek seviyeye ulaşmakta, sonrasında ise sabit kalmakta ya da hafif bir azalma göstermektedir (46, 55). Önümüzdeki 10 yıl içinde 30 yaşında bir kadının meme kanseri teşhisi alma olasılığı yaklaşık 175'te 1 iken, 70 yaşında bir kadının 9'da 1 olduğu belirtilmektedir. Tarama mamografisi çektiren 50 ila 69 yaş arası kadınların meme kanserinden ölme olasılığı, tarama mamografisi çekmeyen kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (56). Kan grubu üzerine yapılan çalışmalara göre; ABO kan grubu ile çeşitli kanser türleri arasındaki ilişki incelenmiş, A kan grubunun meme kanseri riskini artırabileceği belirtilmiştir (57). Joudaki ve arkadaşları, meme kanseri vakalarında en yaygın görülen kan gruplarının sırasıyla O, B, A ve AB olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, ABO kan grupları ve Rh faktörü ile meme kanseri riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ortaya koymuşlardır (58).

Üremeye ait birçok faktör de meme kanserinde risk oluşturabilmektedir. Meme kanseri ile üreme faktörleri arasındaki ilgi puberte çağında başlayan ve üreme çağı boyunca salınmaya devam eden over hormonlarının etkisiyle ilişkilidir (46). Meme kanseri riski erken meme gelişimi, erken menarş ve geç menopozla artar (59). Menarşın 12 yaşından önce görülmesinin, meme dokusunda östrojene maruz kalma süresini uzatarak meme kanseri gelişme riskini iki kat artırdığı bildirilmektedir (56, 60). Thakur ve arkadaşları, geç menopoz yaşının (>50 yaş) meme kanseri ile ilişkili önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır (60). Bu ilişki, kadınların menstruasyon görme süresinin uzamasıyla birlikte meme dokusunun östrojene daha uzun süre maruz

kalmasından kaynaklanmaktadır (56). Gebelikle birlikte artan parite ile meme kanseri riskinin azaldığı belirtilmektedir (46).

Kadınlarda görülen bazı meme kanseri türleri, vücuttaki belirli hormonların seviyeleri ile ilgilidir. Meme hücreleri normalde östrojen, progesteron ve prolaktin gibi hormonlara yanıt olarak büyür ve bölünür. Bu hormonların seviyeleri kadın hayatı boyunca değişir. Meme kanseri riski, bu hormon düzeylerini değiştiren birçok şeyden etkilenebilir. Örneğin, yaşamları boyunca daha fazla menstruasyon gören (Erken menarş, daha geç menopoza girme veya hiç gebe kalmama nedeniyle) kadınların meme kanseri riski biraz daha yüksektir. Ayrıca bazı hormon türlerinin kullanımı (doğum kontrolü veya menopoz semptomlarının kontrolü için) meme kanseri riskini artırabilir (61). Yardımcı üreme teknikleri sırasında uygulanan fertilite ilaçlarının meme kanseri riskini artırdığı ve uygulanan tedavilerin hormonal kökenli meme kanseri riskinde artışa neden olduğu belirtilmiştir (62, 63). OKS'lerin meme kanserindeki rolü çeşitli çalışmalarda ele alınmıştır. Yapılan çalışmalar, mevcut OKS kullanımının meme kanseri riskini, daha önce kullanmış veya hiç kullanmamış bireylere kıyasla anlamlı derecede artırdığını ortaya koymuştur (64-66). Bu konu ile ilgili 2023 yılında yapılan kapsamlı bir araştırma hem kombine OKS'lerin hem de sadece progesteron içeren yöntemlerin meme kanseri riskini %20–30 oranında artırabileceğini ortaya koymuştur. Ancak, bu artışın yaşa ve kullanım süresine bağlı olarak değişiklik gösterdiği saptanmıştır (67). Menopozal semptomların hafiflemesi amacı ile kullanılan kombine OKS'lerin ise 2 yıldan uzun süre kullanılması meme kanseri riskini artırmaktadır. Hormon tedavisi kullanan kadınlarda invaziv meme kanseri görülme riski artmıştır (68).

Meme kanseri vakalarının yaklaşık %5 ila %10'unun genetik etiyolojiye bağlı olduğu bildirilmektedir. Özellikle BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları başta olmak üzere, Li-Fraumeni sendromu, ataksik telenjiyektaziye neden olan gen mutasyonları ve Cowden sendromu gibi kalıtsal genetik bozukluklar, herediter meme kanseri gelişimi ile ilişkilendirilmektedir (35, 69). Meme kanseri riski, birinci derece akrabalarında (anne, kız kardeş veya kızı) meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda ve BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonu taşıyıcılarında anlamlı düzeyde artış göstermektedir (46, 70).

Meme kanseri için bir diğer risk faktörü meme ile ilgili faktörlerdir. Emzirme meme kanseri riskini azaltan bir faktör olarak görülmektedir (70). Meme kanseri riskinin, her 12 aylık emzirme için %4.3 oranında azaldığı saptanmıştır. Emzirmenin, Triple Negatif Meme Kanseri (TNBC) (%20) ve BRCA1 mutasyonu taşıyıcılarında (%22-55) riski azalttığı belirtilmiştir (71). Meme dokusu yağdan, fibröz ve glandüler dokudan

oluşmaktadır. Ancak bazı kadınların memesinde fibröz ve glandüler doku daha fazla, yağ dokusu daha azdır ve bu tip meme yapısı dens olarak adlandırılır. Dens meme yapısına sahip kadınların meme kanseri için daha yüksek riske sahip oldukları belirtilmektedir. Meme densi, menopozda hormon replasyon tedavisi kullanımı, yaş, menopoz, gebelik sayısı ve kalıtım gibi birçok faktörden etkilenir (35, 59).

Diyet, beslenme ve kanser arasındaki ilişki birçok araştırmacının odak noktası olmuş ve çeşitli çalışmalarda ele alınmıştır. Adipoz dokuda bulunan androjenik öncülerin östrojene dönüşüm oranlarının daha yüksek olması ve vücudun obeziteye yanıt olarak yüksek düzeyde insülin ve insülin benzeri faktörler salgılaması nedeniyle obezite meme kanseri riskiyle ilişkilidir (72). Thakur ve arkadaşları vejetaryen olmayan beslenmenin meme kanseri riskinde artışa neden olduğunu saptamışlardır (60). Jordan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, yağlı et tüketimindeki artışın meme kanseri gelişme riskini artırdığı saptanmıştır (73). Diğer bir çalışmada bu çalışmaları destekler nitelikte, yeterli lif ve yeşil sebze, meyve, sebze, yağsız protein ve tam tahıl alımının, serum estradiol ve östrojen seviyelerinde azalma ve seks hormonu bağlayıcı globulin 15' te artışla ilişkili olduğu bildirilmiştir (74). Benzer şekilde, D vitamini takviyesinin beş yıl süreyle düzenli kullanımı da menopoz sonrası meme kanseri insidansında azalma ile ilişkilendirilmiştir (75). Düzenli fiziksel aktivitenin de meme kanseri riskini azaltmada önemli rol oynayan faktörler arasında yer aldığı belirtilmiştir (35). Fiziksel aktivite düzeyleri ile meme kanseri riski arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmaya göre; en yüksek aktivite düzeyine sahip kadınların, en düşük aktivite düzeyine sahip olanlara göre %26 daha düşük meme kanseri riski taşıdığı, hafif, orta ve yüksek yoğunluktaki tüm fiziksel aktivitelerin, meme kanseri riskinde benzer derecede azalma sağladığı belirlenmiştir (76).

Araştırmalar günlük alkol alma miktarındaki artışın meme kanseri ile ilgisini ortaya koymaktadır. Günlük standart alkol (yaklaşık 10 g etanol) tüketiminin meme kanseri riskini artırabileceği belirtilmiştir. Özellikle, premenopozal ve postmenopozal kadınlarda alkol tüketiminin her alkol alımında meme kanseri riskini sırasıyla %3 ve %10 artırdığı saptanmıştır (77). Alkol kadar sigara kullanımı da meme kanseri için risk yaratmaktadır. Tütün dumanındaki kimyasalların meme dokusuna ulaştığı ve kemirgenlerin anne sütünde bulunduğu belirtilmiştir (70).

2.5. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri tedavileri cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, endokrin tedavi, hedefe yönelik tedavi ve immünoterapiyi içerir. Bu tedavi programları birden fazla alt uzmanlığın iş birliğini gerektirir. Metastatik olmayan meme kanseri için stratejik tedavi, preoperatif (neoadjuvan) veya postoperatif (adjuvan) radyoterapi ve kemoterapi ve hedefe yönelik tedavi dahil sistemik tedaviyi ve tümörün tam veya MKC ile çıkarılmasını içerir. Hedefe yönelik tedavi yaklaşımları, meme kanserinin biyolojik alt tiplerine göre değişkenlik göstermektedir. Hormon reseptörü pozitif (HR+) meme kanseri olgularında endokrin tedavi, temel hedefe yönelik yaklaşımı oluştururken; insan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 pozitif (HER2+) tümörlerde ise anti-HER2 tedavileri kullanılmaktadır. TNBC alt tipi için halen onaylanmış spesifik bir hedefe yönelik tedavi bulunmamaktadır (78, 79). Ancak son yıllarda, bu alt tip için yeni tedavi stratejileri (antikor-ilaç konjugatları, immünoterapiler, PARP inhibitörleri) geliştirilmiştir (80-82).

Metastatik meme kanseri tedavi edilemez olduğundan bu tip kanserlerde temel amaç tümör yayılmasını sınırlamak, sağkalımı uzatmak ve yaşam kalitesini korumaktır. Aynı sistemik tedaviler metastatik meme kanserini tedavi etmek için de kullanılır. Gen terapisi, aşılarda, T hücre reseptör terapisi ve kimerik antijen reseptörü terapisi dahil olmak üzere adaptif hücre terapileri gibi bazı yenilikçi terapiler konusunda da araştırmalar devam etmektedir (78, 79).

2.5.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanserinde cerrahi tedavinin amacı lokal kontrol sağlamak, bölgesel tekrarlamayı önlemek ve sağkalımı iyileştirmektir (83). Günümüzde meme tümörlerini tedavi etmek için farklı cerrahi yaklaşımlar arasında sadece mastektomi, primer veya gecikmiş rekonstrüksiyonla birlikte ya da onkoplastik tekniklerin kullanımıyla veya kullanımı olmadan MKC yer alır (78, 84).

Mastektomi

Mastektomi, kanseri önlemek veya cerrahi olarak tedavi etmek için kullanılan bir yöntemdir. Bu ameliyatın temel amacı iyi veya kötü huylu tümörlerde meme dokusunu korumaktır. Mastektomi ile çıkarılan meme dokusunun miktarı, tümörün boyutuna ve meme etrafındaki dokuların tutulum derecesine bağlıdır (85, 86). Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi, yapılan cerrahi işlemin kapsamına göre farklı alt türlere ayrılmaktadır. Bu cerrahi yöntemler arasında basit, modifiye radikal ve radikal

mastektomi yer almaktadır. Hangi cerrahi yaklaşımın uygulanacağı ise; tümörün anatomik konumu, boyutu, hücresel özellikleri, hastalığın evresine ilişkin bulgular ve hastanın tercihi gibi çok sayıda etken göz önünde bulundurularak kararlaştırılmaktadır (87).

Basit mastektomi: Meme dokusunun tamamının çıkarılması ancak pektoralis kasları ve aksiller lenf düğümlerinin korunmasını içeren bir mastektomi türüdür (86, 88).

Radikal mastektomi: Diğer adıyla Halsted mastektomisi, meme kanseri cerrahisinde en geniş kapsamlı müdahalelerden biridir. Bu prosedür, meme dokusunun tamamının, meme başı ve areola ile birlikte üstteki deri, göğüs duvarını oluşturan pektoral major ve minör kaslar ile tüm aksiller lenf düğümlerinin tek parça hâlinde çıkarılmasını içermektedir (86, 88).

Modifiye radikal mastektomi: Bu tür mastektomide memenin ve pektoralis majör kasının altta yatan fasyasının yanı sıra seviye I ve II aksiller lenf düğümleri çıkarılmaktadır (88).

Kısmi mastektomi: Bu yöntemde cerrah, kanserden etkilenen meme dokusunu ve çevresindeki dokuları çıkarır. Bu tür mastektomide, lumpektomiden daha fazla doku çıkarılır.

Deri koruyucu mastektomi: Deri koruyucu mastektomide, meme ucu, çevreleyen doku ve lenf düğümleri çıkarılır, ancak memenin derisi korunur. Memeyi yeniden yapılandırmayı planlayan birçok kadın bu yöntemi tercih eder. Çünkü aksiller erişime ihtiyaç duyulursa, lateral bir uzatma yapılarak memenin doğal şekli korunmakta ve kadına iyi bir rekonstrüksiyon şansı sunmaktadır (86, 88).

Deri, meme ucu ve çevreleyen dokunun korunduğu mastektomi: Deri koruma mastektomisinden farkı meme ucu ve etrafındaki areolanın daha fazla korunmasıdır. Daha çok periferik yerleşimli tümörleri olan kadınlarda kullanımını önerilmektedir (86, 88).

Meme Koruyucu Cerrahi

MKC’de, kanserli bölgenin çıkarılması sırasında mümkün olduğunca fazla normal meme dokusu bırakılarak memenin doğal şekli korunmaya çalışılır. Genellikle, çevredeki bazı sağlıklı dokular ve lenf düğümleri de çıkarılır. MKC’ye bazen ne kadar doku çıkarıldığına bağlı olarak lumpektomi, kadrantektomi, kısmi mastektomi veya segmental mastektomi adları da verilir (89). MKC’deki amaç güvenli cerrahi sınır elde ederek lokal kontrol sağlamak ve sağ kalımı istenen seviyede tutabilmektir. Lumpektomi, meme

tümörünün çevresindeki normal dokuyla birlikte eksizyonu anlamına gelir. Önerilen sınır durumu, "tümör üzerinde mürekkep yok" olarak tanımlanır, bu da doku kenarında kalan tümör hücresi olmadığı anlamına gelir (78, 90). Bu tür cerrahi, kanserin erken evresinde bulunan kadınlar için iyi bir seçenektir. Başlıca avantajı, bir kadının memesinin çoğunu korumasıdır. Diğer avantajları arasında ameliyat süresinin kısalması, mastektomi ile karşılaştırıldığında psikolojik yükün azalması, iyileştirilmiş kozmetik sonuçlar ve sınırlı yan etkiler yer almaktadır (89, 91).

Meme Rekonstrüksiyonu

Mastektomi sonrası kadının fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamını sağlamak, beden imajı, cinsellik ve genel yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkiyi azaltmak amacıyla meme dokusunun türlü yöntemlerle yeniden oluşturulmasıdır. Meme kanseri tedavisinde radikal mastektomi en son seçenek olsa da mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu kadının beden imajı ve cinsellik üzerine olumlu etkisi sebebiyle önemlidir (92, 93). Meme rekonstrüksiyonu, ameliyatın türüne ve zamanına göre sınıflandırılır. Primer rekonstrüksiyon mastektomi ile aynı anda gerçekleşir cerrahi prosedür sayısını azaltır, sekonder (veya gecikmiş) rekonstrüksiyon mastektomiden birkaç ay ila birkaç yıl sonra gerçekleştirilir. Günümüzde, radyoterapinin bitiminden en az üç ay sonra ve genellikle mastektomiden yaklaşık bir yıl sonra gerçekleştirilir. Meme rekonstrüksiyonu implantlar veya otolog doku ile yapılır; bunlar karma prosedürlerde birlikte de kullanılabilir (93, 94).

2.5.2. Radyoterapi

Radyoterapi tüm kanser evrelerindeki meme malignitelerinin tedavisinde hem tümörü ortadan kaldırmak hem de ameliyattan sonra tekrarlama riskini azaltmak amacıyla kullanılır. Meme kanseri yönetimi için kullanılan güncel radyoterapi teknikleri arasında konformal tedavi (3D konformal radyoterapi) ve modüle teknikler (yoğunluk modüle radyoterapisi ve hacimsel modüle ark radyoterapisi) yer alır (95). Radyasyon tedavisinde, "terapötik oran" normal hücrelere olan toksisiteyi en aza indirirken kanser hücrelerine olan dozu en üst düzeye çıkarmayı sağlar. Radyoterapinin daha küçük günlük dozlara bölünmesi (fraksiyonlama), normal dokuların maruz kaldığı toksisiteyi azaltırken tedavi dozunun ve etkinliğinin korunmasını sağlar (96-99).

Erken evre (evre I-II) invaziv meme kanseri olgularında, MKC'yi takiben radyoterapi uygulanması standart tedavi yaklaşımı olarak sürdürülmektedir. Bununla

birlikte, evre I hastalığı olan, HR+ ve yaşı 70'in üzerinde olan bireylerde, yalnızca endokrin tedaviyle izlem alternatif bir yaklaşım olarak değerlendirilebilmektedir. Ayrıca, deri koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda da klinik endikasyonlar doğrultusunda radyoterapi planlaması yapılabilmektedir (96-98). Radyoterapi, akut ve kronik olmak üzere çeşitli komplikasyonlara neden olabilmektedir. Akut komplikasyonlar, radyoterapi sırasında veya tedaviden kısa bir süre sonra ortaya çıkan ödem ve ülserasyon, kronik komplikasyonlar ise tedaviden 4-6 ay sonra görülen genellikle yavaş proliferen olan hücrelerdeki kayıp sonucu oluşan ciddi, kalıcı ve ilerleyici etkilerdir (97, 98).

2.5.3. Kemoterapi

Kemoterapi, intravenöz veya oral olarak verilen ve hastaların durumu, tümörün evresi, hormon reseptör durumu ve HER2+ ekspresyonu gibi patolojik faktörlere göre reçete edilen antikanser ilaçlarla yapılan bir tedavidir (100, 101). Meme kanserinin yönetiminde kullanılan kemoterapi, tümörü küçültmek, meme kanserinin tekrarlamasını önlemek, ameliyat ve radyoterapiden önce veya sonra vücudun diğer bölgelerine yayılmayı önlemek için kullanılır. Bu sebeple ileri ve metastatik meme kanserinde kullanımı önemlidir. TNBC tedavisinde kemoterapi temel yaklaşımı oluşturmaktadır; çünkü bu alt tipe endokrin tedavi ve hedefe yönelik immünoterapi yanıt vermemektedir (101).

Kemoterapi, öncelikli olarak kanser hücreleri olmak üzere, hızla çoğalan hücreleri hedef alarak etki gösterir. Ancak, saç kökleri, tırnaklar, ağız, sindirim sistemi ve kan hücrelerinin üretiminde yer alan kemik iliği gibi hızla bölünen sağlıklı hücreleri de etkiler. Bu nedenle, kemoterapiyle ilişkili yan etkiler ve toksisite, enfeksiyonlara karşı direncin düşmesi, halsizlik, mide bulantısı, kusma, saç dökülmesi, ağız yaraları, iştahsızlık, diyare gibi semptomları içerebilir. Ayrıca tükenmişlik, sıcak basmaları, vajinal kuruluk, menstrual döngü değişiklikleri gibi semptomlar da görülebilmektedir (100, 102).

2.5.4. Hormonal Tedavi

Meme kanserine yol açan bazı hücreler, östrojen ve progesteron gibi hormonlara bağlanarak tümör büyümesini destekleyen reseptörler taşır. Bu hormonların reseptörlere bağlanmasını engellemeyi amaçlayan tedavi yaklaşımları, endokrin ya da hormonal tedavi olarak adlandırılmaktadır. Tedavi genellikle en az beş yıl sürer. Kanserın tekrar etme olasılığı olan kadınlarda beş yıldan daha uzun süreli tedavi önerilebilir. Meme

kanseri vakalarında en sık değerlendirilen moleküler tümör belirteçleri; östrojen reseptörü, progesteron reseptörü ve HER2+ olarak tanımlanmaktadır. Endokrin tedavi preoperatif (neoadjuvan), postoperatif (adjuvan) ve metastatik ileri evre hastalıkta kullanılabilir (103, 104).

Endokrin tedavi ajanları, Selektif östrojen reseptörü modülatörleri ve aromataz inhibitörleri olmak üzere iki ana gruba ayrılır: Selektif östrojen reseptörü modülatörleri ko-reseptörleri kapatarak DNA sentezine engel olur böylece hücre siklusunun G0-G1 fazına ilerlemesini durdurur. Bu gruptaki üç ana ilaç; tamoksifen, raloksifen ve toremifendir. Tamoksifen ve raloksifen, östrojen reseptörüne bağlanarak estradiolün etkisini rekabetçi bir şekilde engeller. Her ikisi de meme dokusu ve iskelet sistemi üzerinde östrojenik etki gösterir. Tamoksifen, endometriyal kanser riskini artırır ve bu artan risk en çok yaşlı hastalarda belirgindir. Raloksifen, yüksek riskli menopoz sonrası kadınlarda HR+ meme kanseri riskini azaltır ancak HR+ meme kanseri teşhisi konmuş hastaları tedavi etmek için kullanılmaz. Sık görülen yan etkiler arasında vazomotor semptomlar, artmış vajinal akıntı, artralji, miyalji ve periferik ödem bulunur (103, 105).

Aromataz inhibitörleri ise aromataz enzimini inhibe ederek testesteronun östradiole ve androstenedionun östrona aromatisasyonuna engel olur. Postmenopozal kadınlarda, östrojen üretiminin çoğu yağ dokusunda, adrenal bezlerde, kaslarda ve meme dokusunda gerçekleşir ve aromatazlar burada androjenleri östrojene dönüştürür. Eksemestan, anastrozol ve letrozol bu grupta kullanılan ilaçlardır. Östrojendeki azalma kemik sağlığını ve serum kolesterolünü olumsuz etkiler ve kardiyak hastalık riskini artırır. Yaygın yan etkiler arasında artralji, saç incilmesi, vajinal atrofi ve kuruluk bulunur (103, 105).

2.6. Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Beden Algısı

Beden imajı, kişinin kendisi hakkında sahip olduğu algılar ve yargılar yoluyla anlaşılan karmaşık bir kavramdır (106). Beden imajı, "kişinin bedeninin, düşüncelerinin, fiziksel görünümü, çekiciliği ve yeterliliği hakkındaki hislerinin zihinsel temsili ve kişinin genel sağlık, bütünlük, işlevsellik ve cinsellik hakkındaki algılanan durumu" olarak tanımlanan çok yönlü bir yapıdır (107, 108). Kadınlarda, beden imajı kavramının: kadınsı/çekici hissetme (duygusal), görünüm nedeniyle insanlardan kaçınma (davranışsal) ve görünümünden memnuniyet (bilişsel) olmak üzere üç boyutu olduğu belirtilmektedir (109). Uyumsuzluk Teorisi'ne göre, bireyin mevcut bedeni ile arzuladığı beden arasındaki fark, tatminsizliğe ve duygusal sıkıntıya yol açabilmektedir. Onkolojik

tedavi süreçlerinin ardından kadınların bedenlerini hasta ve hasarlı olarak deneyimleyebileceği, hatta kanserin tekrarlama korkusuyla bedeni bir tehlike kaynağı olarak algılayabilecekleri belirtilmektedir (110).

Meme kanseri tanısı alan kadınlarda beden imajına yönelik algıların, uygulanan tedavi protokolleri ve yan etkilerinden önemli ölçüde etkilendiği belirtilmektedir (111). Meme kanseri tedavisi, kanserin evresine, konumuna ve boyutuna göre düzenlenen cerrahi, radyasyon tedavisi, kemoterapi ve hormon tedavisinin bir kombinasyonunu içerir (112). Genç kadınlarda meme kanseri tedavisi sonrası görülen bedensel değişiklikler ve tedavi süreçlerinin psikolojik etkileri, yaşam kalitesinde önemli bozulmalara yol açabilmektedir (113). Özellikle cerrahi müdahaleler sonrası meme kaybı, cerrahi yara izleri ve adjuvan tedaviler gibi faktörler, olumsuz beden imajı algılarını artırarak anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (109, 112). Yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınların %43.1'inin beden imajlarından memnun olmadığı ve %58.8' inin beden imajlarını çekici bulmadığı saptanmıştır (109). Meme kanserli kadınlarda tedavi sonrası memenin alınması, uzuv disfonksiyonu, saç dökülmesi ve ödem gibi fiziksel değişiklikler sonucunda cinsel aktivitede azalma, kadınlık ve fiziksel çekicilik duygusunda azalma ve bazı durumlarda doğurganlığın kaybı ile ilgili sorunlar görülebilmektedir (106, 108, 114). Bu durum, toplum tarafından belirlenen "ideal" kadın imajıyla uyuşmadığından, kadının toplumda bilinçsiz sosyal karşılaştırmalara maruz kalmasına, olumsuz benlik algısına ve kişinin fiziksel görünümünün olumsuz değerlendirilmesine yol açabilmektedir (108).

Meme kanseri tedavisinde özellikle cerrahi tedavi nedeniyle memenin tamamının veya bir kısmının kaybı, kadınlığı, anneliği ve cinselliği simgeleyen bir vücut parçasının kaybı olarak görülebilmektedir (111). Meme rekonstrüksiyonu tercih eden kadınların %86'sının, bu kararı almalarındaki en önemli etkenin beden imajını ve görsel görünümü yeniden kazanma olduğu saptanmıştır (115). Meme ameliyatları olan lumpektomi ve mastektomi fiziksel, psikolojik ve beden imajı açısından önemli sonuçlara sahip cerrahi müdahalelerdir (116). Kadınlar, meme kaybı nedeniyle keder, kayıp ve üzüntü duyguları yaşayabilmektedir. Mastektomi ayrıca bir kadının cinsel işlevini ve partner ilişkilerini de etkiler. Beden imajındaki değişiklikler, his kaybı ve cinsel ilişkiden korkma, cinsel istegin azalmasına, vücuda güvenin azalmasına ve tatmin edici bir cinsel ilişki sürdürmede zorluklara neden olabilmektedir (117).

Radyoterapi fibrozise ve meme ağrısına neden olarak cinsel aktivite sırasında kol hareketliliğini bozabilirken, lenfödem, cerrahi yara izleri, şişlik, hassas cilt ve memenin

boyutunda ve şeklinde değişiklik kadınlar üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bunun sonucunda, beden imajında bozulma, öz saygıda, öz güvende ve kadınlık duygusunda azalma görülebilmektedir (118, 119).

Meme kanseri tanısı alan kadınlarda beden algısı sorunları ile başa çıkma ve beden imajının yeniden yapılandırılmasında çeşitli stratejiler ve müdahaleler mevcuttur (120). Olumlu başa çıkma becerileri, bireyin değişen durumlara bilişsel, davranışsal ve duygusal uyumunu ifade eder. Başa çıkma stratejilerinin; öz-şefkat, dikkatli gözlem ve farkındalıkla hareket etme becerilerini geliştirdiğı, bu sayede kaygı, stres ve depresyon düzeylerinde anlamlı azalmalar sağladığı; bunun sonucunda ise bireylerin beden imajı ile ilgili yaşadıkları sorunların hafiflediğı belirtilmektedir (121).

Literatürde daha yüksek kişisel dayanıklılığın, artan sosyal desteğın ve daha düşük nesnelleştirilmiş beden bilincinin beden kabulünü olumlu yönde etkilediğı belirtilmektedir (122). Kadının öz bakım uygulamalarına yönelmesi ve sosyal çevresinden destekleyici bakım alması olumlu beden imajı ile ilişkilendirilmiştir (123). Aile üyelerinden, arkadaşlardan veya partnerlerden gelen olumlu sosyal desteğın, bireylerin beden imajlarındaki değişikliklere uyum sağlamalarını kolaylaştırmada önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (120).

Araştırmalar, meme kanseri tanısı almış kadınlarda psikolojik ve fiziksel müdahalelerin, yaşam kalitesini artırma, beden imajını güçlendirme ve psikososyal iyilik halini destekleme açısından etkili olduğunu göstermektedir (110, 124, 125). Bu müdahaleler arasında farkındalık ve kabul temelli terapiler, bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim, destekleyici-ifade edici grup terapileri ve pozitif psikoloji yaklaşımları yer almaktadır (106, 110, 125-127). Yapılan çalışmalar fiziksel egzersizin meme kanserli kadınlarda beden imajı ve cinsel yaşamda iyileşmeler sağladığını göstermektedir (124). Bundan farklı olarak Casuso-Holgado ve arkadaşları yürüttüğü meta analiz çalışmasında; fiziksel egzersiz müdahalelerinin meme kanseri teşhisi konmuş kadınlarda öz saygıyı ve beden imajını iyileştirmede bir etkinliğı olmadığını saptamıştır. Sadece denetimli ve kas gücünü artırmaya yönelik direnç egzersizinin, özsaygıyı iyileştirmede etkili egzersiz yöntemleri olabileceğı belirtilmiştir (128).

Meme kanserli kadınlarda bireysel bütünleşik psikoterapi müdahalesinin kol ve meme ağrısını ve depresif semptomları azalttığı, cinsel hazda, öz algıda ve iyilik halinde iyileşme sağladığı dolayısıyla duygusal refah ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (127). Farkındalık temelli stres azaltma protokolleri ile yapılan müdahalelerde, beden imajına ilişkin olumsuz düşünce ve duyguların azaldığı, olumlu düşüncelerde ve beden

farkındalığında ise artış olduğu gözlemlenmiştir (106). Farkındalık temelli meditasyon ve yoganın, modifiye radikal mastektomi uygulanan kadınlarda algılanan stresi azaltma, öz saygıyı artırma ve vücut algısını iyileştirme konusunda olumlu etkiler gösterdiği saptanmıştır (129). Meme kanseri hastalarında olumsuz beden imajını azaltmak için 6 haftalık çevrimiçi farkındalıklı öz şefkat müdahalesinin etkinliğini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada ise; bu müdahalenin meme kanseri hastalarında öz-şefkati ve öz-kabulü iyileştirdiği, algılanan stresi ve olumsuz beden imajını azalttığı saptanmıştır (130).

Sosyal destek temelli grup programlarının da meme kanserli kadınlarda olumlu sosyal ilişkileri güçlendirme ve duygusal iyilik hâlini artırma konusunda etkili olduğu saptanmıştır (106, 124, 131). Yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınlara 8 hafta süreyle grup terapisi verilmiş, müdahale grubundaki hastalar, kontrol grubundaki kadınlara kıyasla vücut görünümleri hakkında önemli ölçüde daha az endişe/sıkıntı, azalmış vücut damgası ve daha düşük düzeyde meme kanseriyle ilgili endişeler göstermiştir (131).

Meme kanseri tedavisi sürecinde ortaya çıkan psikososyal etkilerin hafifletilmesinde kozmetik müdahalelerin de önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Yapılan araştırmalar, bu tür müdahalelerin kadınlarda depresyon belirtilerini azaltmaya, yaşam kalitesini artırmaya ve öz saygıyı güçlendirmeye katkı sağladığını ortaya koymaktadır (132).

2.7. Memenin Kadın İçin Önemi

Meme, toplumsal bağlamda cinsellik ve kadınlık algısı ile ilişkilendirilmektedir. Meme kadının bir parçasıdır, kültürel algı ve tutumlar onun önemini etkileyebilir. Batı toplumunda memenin cinsel rolü ön plandadır. Çiftler memeyi cinsel heyecan kaynağı olarak kullanabilmekte ve erojen bir anlam yükleyebilmektedirler. Doğu, Güney Amerika ve Afrika kültürlerinde kadın memesi ile ilgili çağrışımlar daha az cinseldir. Bu toplumlarda diğer birçok vücut parçası veya özelliği cinsel çekiciliği etkilemektedir. Kadın memesi yüzyıllardır edebiyatta, şiirde ve resimde popüler bir konu olmuştur. Memeler kadınlığın ve güzelliğin sembolü olarak kabul edilmektedir (133-135). Erotik hazzın kaynağı ve nesnesi olarak memenin konumu kültürler içinde ve kültürler arasında değişiklik göstermiştir. Böylece meme üreme, emzirme ve kadınlık rolü dışında kozmetik, duygusal ve psikolojik açıdan da kadın hayatını etkilemiştir. Tarihsel süreçte heykel sanatında meme, doğurganlık, verimlilik ve bereketi simgelemiştir. Memeler farklı kültürlerde sütyenlerle desteklenmiş, bazen de sütyenlerden kurtarılmıştır.

Geçmişte destekli sütyenler ve sütyen askıları müstehcen olarak kabul edilmekte, memeler vurgulanmak yerine gizlenmekteydi. Günümüzde ise memelerin mümkün olduğu kadar “kadınsı” ve “seksi” bir şekilde öne çıkarılması tercih edilmektedir (135).

Meme, özellikle meme başlarının erektel bir yapıya sahip olması sebebiyle kadın cinselliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Memeler ve özellikle meme uçları insanın erojen bölgeleri arasındadır. Pek çok sinir ucuna sahip olduklarından dokunmaya karşı hassastırlar ve cinsel aktivite öncesinde veya sırasında ellerle veya ağız yoluyla emmek, sıkmak veya masaj yapmak yaygın olarak uygulanan cinsel davranışlardır. Cinsel uyarılma sırasında meme büyüklüğü artar, yüzeysel damarlar daha görünür hale gelir ve meme uçları sertleşir (135). Meme kanserli kadınlarda, meme ucu-areola duyumunun uyarılma ve orgazmın temel bir bileşeni olabileceği, meme uçlarına/memelere dokunulması ve okşanmasının genç kadınlarda cinsel uyarılmayı tetiklediği belirtilmiştir (116, 134).Yapılan bir çalışma, ön sevişme sırasında göğüslerin oral olarak ve el ile uyarılmasının kadının orgazm yaşamasına neden olduğu belirtilmiştir (135).

Nesneleştirme teorisine göre kadınlar, toplumsal ve kültürel etkileşimler yoluyla, bedenlerini sosyal olarak belirlenmiş ve ulaşılması zor olan ideallere göre ölçmekte ve değerlendirmektedir. Bu ideale ulaşamadıkları takdirde kadında yaşanan olumsuz duygular, uyumsuz sağlık davranışlarının gelişmesine yol açabilmektedir (136).

Meme kadın bedeninin vazgeçilmez bir parçasıdır ve kadının kendisini bütün hissetmesini sağlar. Bu nedenle kaybı son derece üzücü olabilir. Bu üzüntünün derecesi kişiden kişiye değişmektedir. Meme duyusunun kaybı, cinsel işlevin birçok temel alanının yanı sıra bir partnerle olan ilişkiyi de etkileyebilir. Aynı zamanda meme kaybı sosyal ve günlük aktiviteler de dahil olmak üzere diğer birçok alanda rahatsız edici semptomlara neden olmaktadır (134). Kanser nedeniyle memesini kaybeden bir kadın kendini çekingen, güvensiz, diğer kadınlara göre çirkin veya erkekler tarafından istenmediğini hissedebilir. Bu gibi kaygılar, bir kadının meme rekonstrüksiyonuna yönelmesinin temel nedenleri arasında sayılmaktadır (133).

2.8. Cinsellik ve Kadın Cinsel Yaşam Döngüsü

Cinsellik, sosyal, psikolojik, biyolojik, kültürel, ahlaki, dini, antropolojik, ekonomik ve politik unsurları içeren çok boyutlu bir kavramdır. Cinsel yanıt ve davranışlar ise bireyin yaşam kalitesi ve genel iyilik hali üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir (137). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre ise cinsellik; “insan yaşamında merkezi bir rolü olan cinsiyeti, cinsiyet kimliklerini ve rollerini, cinsel yönelimi, erotizmi,

hazzı, yakınlığı ve üremeyi kapsar. Cinsel düşünceler, fanteziler, arzular, inançlar, tutumlar, değerler, davranışlar, uygulamalar, roller ve ilişkiler ile birlikte deneyimlenir ve ifade edilir” (138). “Cinsellikle ilgili önemli konular arasında cinsel eylemlerin doğası ve sıklığı, bunlarla ilişkilendirilen anlamlar, cinsel dürtü ve hazzın algılanması ve deneyimi, cinsel partner seçimi ve sayısı ve bir kişinin cinsel kimliğinin oluşumu ve karmaşıklığı yer alır” (139).

Cinsellik; biyolojik düzeyde türün devamını sağlamak, psikolojik açıdan ise cinsel birliktelikten haz alma ve duygusal yakınlık kurma gibi temel bireysel ihtiyaçlara hizmet eder. Bununla birlikte, toplumsal olarak cinsellik; toplumun yaşam tarzı, değer yargıları, yasal düzenlemeleri, cinselliğe ilişkin tutumları ve eş seçimine dair normları kapsayan çok boyutlu bir olgudur. Bu kapsamda, etik, kültürel ve manevi faktörler, kadının cinselliğini algılama ve ifade etme biçimini önemli ölçüde şekillendirmektedir (140).

Masters ve Johnson (1966), cinsel tepki döngüsünü tanımlayan ilk araştırmacılar ve bu döngüyü dört aşama olarak belirlemişlerdir: heyecan, plato, orgazm ve çözüm. Ancak, Kaplan (1979) bu aşamaları revize ederek, cinsel yanıt döngüsünü arzu, uyarılma, orgazm ve çözüm şeklinde yeniden tanımlamıştır (141). Basson, meslektaşlarıyla birlikte, fiziksel, duygusal ve bilişsel geri bildirime izin veren döngüsel biyopsikososyal kadın cinsel tepkisi modelini geliştirmiştir (142). Basson'un fikirleri genel kabul gören cinsel yanıt döngüsünü değiştirmemiştir ancak klinisyenlerin kadınlara güven verme, onları eğitme ve cinsel zorluklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için müdahale etme açısından kadınlara nasıl davrandıkları üzerinde büyük bir etkisi olmuştur (143).

Cinsel tepkiler psikolojik ve biyolojik faktörlerden etkilenmektedir. Bireyin temel dürtülerinden biri olan cinsellik çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte çeşitli döngülerden oluşmaktadır (144).

Cinsel İstek: Cinsel birleşme arzusu, erotik duygu ve düşüncelerin oluşması ile karakterizedir. Cinsel dürtüler, fanteziler ve istekler bu aşamaya dahildir (145). Cinsel istek, görme, işitme, tat alma, koku alma ve dokunma gibi duyuların biri ya da birkaçı aracılığıyla tetiklenebilir; ancak dokunma, kişilerarası cinsel etkileşimlerde merkezi bir rol oynar. Kadın bedeninde birçok bölgenin dokunsal uyarımı, cinsel isteği artırabilir (146).

Uyarılma: Cinsel uyarılma, öznel bir cinsel haz duygusunu ve buna eşlik eden fizyolojik değişiklikleri ifade eder (145). Bu aşama, kadında vajinal lubrikasyon, konjesyon, boy ve çap artışı, klitoral ereksiyon ile karakterizedir. Uyarılma sırasında,

parasempatik sistemin pelvik sinirleri uyarması sonucu vajinal epitele giden kan akışı hızlanır. Kan akışının artması, fazla sıvının vajinal yüzeyde berrak, kaygan ve pürüzsüz bir kayganlaştırıcı olarak birikmesine, vajinanın nemlendirilmesine katkıda bulunur (147). Kadınlarda fizyolojik cinsel uyarılma hem genital (yani vazokonjesyon, vajinal kayganlık) hem de genital olmayan tepkileri (örneğin kalp atış hızının artması, terleme, göz bebeklerinin genişlemesi, meme uçlarının sertleşmesi ve ereksiyonu ve cildin kızarması) içerir (148).

Orgazm evresi: Orgazm evresi, süresi kısa olmakla birlikte cinsel haz ve doyumun en yoğun yaşandığı aşamadır. Kadınlarda orgazm, perine, vajina ve klitoris bölgelerinde yoğunlaşan fizyolojik ve duygusal tepkilerle karakterizedir. Kadınlarda vajinanın dış üçte birlik bölümünde ritmik kasılmalar meydana gelir (149). Genellikle eş zamanlı olarak uterus ve anal kasılmalarla birlikte pelvik çizgili vajinal çevre kaslarının ritmik kasılmaları oluşur (147). Orgazm, pelvik vazokonjesyon ve nöromusküler gerginliğin serbest bırakılmasıdır, çoğunlukla genital bölgede lokal olarak hissedilir (150). Kadınlarda birden fazla ya da art arda orgazmlar yaşanabilmektedir (149).

Çözülme: Orgazm sonrası, cinsel organlara kan akımının azalması ile genel bir rahatlama ve gevşeme hissinin deneyimlendiği cinsel gerginliğin ortadan kalktığı son aşamadır (141, 145). Çözülme aşamasında, vajina, labia majör ve minör, uyarılma öncesi hallerine geri döner. Ayrıca, meme uçları ve klitorisin ereksiyonu azalır. Kalp hızı, nabız ve solunum sayısı gibi fizyolojik parametreler, normal düzeylerine geri döner. Kadınlar çözülme aşamasında tekrar uyarıldığında, orgazm yeniden gerçekleşebilir (149).

2.9. Meme Kanseri ve Cinsel Sağlık

Meme kanseri, kadınlar arasında en yaygın görülen kanser türlerinden biridir ve kanser kaynaklı kadın ölümlerinin başlıca sebepleri arasında yer almaktadır (1). Kanser ve tedavi süreci fiziksel görünümde değişiklikler, duygusal algının değişmesi ve işlevsel kayıplar gibi cinselliği doğrudan etkileyen çeşitli faktörleri beraberinde getirmektedir (151). Bu durum, meme kanseri tanısı alan kadınlarda cinsel iyilik hâlini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (152).

DSÖ cinsel sağlığı “cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal refah” olarak tanımlamaktadır. “Cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşımla birlikte cinsel sağlık, zorlama, ayrımcılık ve şiddetten uzak, zevkli ve güvenli cinsel deneyimler yaşamayı gerektirmektedir” (153). Cinsel sağlığın; cinsel işlev, cinsel benlik kavramı ve cinsel ilişkiler olmak üzere üç ana boyutu olduğu belirtilmektedir. Cinsel

işlev, cinsel yanıt döngüsü olan cinsel istek, heyecan, plato, orgazm ve çözülmeyi kapsarken, cinsel benlik kavramı, kişinin kendisini bir erkek veya kadın olarak görmesi ve eril veya dişil rollerdeki yeterliliğini değerlendirmesidir. Cinsel ilişkiler ise bireyin cinselliğini bir başkasıyla etkileşim yoluyla deneyimlediği ve paylaştığı kişilerarası süreçlerdir (151).

Cinsel işlev bozuklukları her kanser türünde görülebilmekle birlikte, meme kanseri tanısı alan kadınlarda daha yaygındır. Bunun nedeni, memenin kadınlık, cinsellik ve cinsel uyarılma açısından simgesel bir öneme sahip olmasıdır (107, 151, 154). Tedavi sürecinde indüklenen menopoza ve vajinal kayganlığın azalması, cinsel istek ve heyecanı olumsuz etkileyebilmektedir (18). Cinsel haz; bireyin fiziksel ve ruhsal durumu, cinsel geçmişi, eğitimi, ilişki kalitesi, inançları ve benzeri birçok faktörden etkilenmektedir (116). Kadınların önemli bir kısmı cinsel yaşamlarında dengeyi sürdürmekte zorlanmakta; kanser gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra, psikososyal değişimler, kronik hastalıklar, cerrahi girişimler, fiziksel kısıtlılıklar, ilaç kullanımı ve hormonal değişiklikler gibi pek çok faktör cinsel işlevi olumsuz etkileyerek disfonksiyona yol açabilmektedir (18, 155, 156).

Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (5. Baskı) cinsel işlev bozuklukları üç şekilde tanımlanmaktadır: cinsel ilgi ve uyarılma bozuklukları, orgazm zorluğu ve genito-pelvik ağrı/penetrasyonla ilişkili bozukluklar (157). Cinsel işlev bozukluğu vajinal kuruluk, disparoni, orgazm güçlükleri, azalmış libido, düşük öz saygı ve partnerle iletişim kurmada zorluklar gibi farklı semptomlardan oluşur (158,159). En yaygın cinsel işlev bozuklukları arasında, cinsel ilgi azalması (%49.3), disparoni (%35-%38), cinsel istek (%10-%14), uyarılma (%5) ve orgazm sorunları (%5) yer almaktadır (160). Hummel ve arkadaşlarının Hollanda Kanser Enstitüsü adına yürüttüğü çalışmaya göre; Çalışmaya katılan meme kanserli kadınların %83'ünde hipoaktif cinsel istek bozukluğu, %40'ında cinsel uyarılma bozukluğu ve %33'ünde disparoni tespit etmişlerdir. Ayrıca, depresif semptomların en fazla cinsel uyarılma bozukluğu olan kadınlarda görüldüğü ifade edilmiştir (161). Metastatik meme kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada, cinsel işlev bozukluğu prevalansı başlangıçta %56.3, birinci yılda %57.1, ikinci yılda %80, üçüncü yılda %65.8 ve dördüncü yılda %85 olarak belirlenmiştir. Vajinal kuruluk yaşayan hastalarda ise cinsel işlev bozukluğu şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (162).

Meme kanseri ve tedavi süreci, tedaviden sonra ortaya çıkabilecek ve uzun süre devam edebilecek fizyolojik değişiklikler ve psikososyal sorunlar, kadınların cinsel sağlığında sıklıkla bozulmaya neden olmaktadır (107, 154, 163, 164).

Kemoterapi, primer foliküllerin yıkımına ve foliküler olgunlaşmanın bozulmasına neden olarak, sıklıkla geçici ya da kalıcı amenoreye yol açmaktadır (165). Ayrıca kemoterapiye bağlı olarak over fonksiyonlarının baskılanması; vajinal kuruluk, libido azalması, ateş basması, disparoni, eklem ağrıları, uyku bozukluğu ve ruh halinde değişiklik gibi sorunlara yol açarak, cinsel işlev bozukluklarına ve dolayısıyla cinsel ilgi ile tatminde azalmaya neden olmaktadır (116, 165).

Radyoterapi, meme kanseri tedavisinin temel bileşenlerinden biri olup, MKC sonrasında lokal kontrolü artırmak ve mastektomi öncesinde tümör yükünü azaltmak amacıyla uygulanmaktadır (165-167). Ancak bu tedavi, kalıcı ağrı, üst ekstremitelerde hareket kısıtlılığı, esneklik kaybı ve lenfödem gibi bölgesel yan etkilerle ilişkilidir. Bu fiziksel sorunlar, yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek kadınlarda yorgunluk, huzursuzluk ve cinsel işlevde azalma gibi sonuçlara neden olabilmektedir (165, 167). Mastektomi sonrası radyoterapi gören bireylerde, cinsel işlevin özellikle ilişki sıklığı ve tatmin düzeyleri açısından azaldığı bildirilmiştir (168). İmplantla meme rekonstrüksiyonu yapılan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, radyoterapi alanların, meme görünümü ve ameliyat sonuçlarından daha az memnun oldukları; ayrıca psikosozyal, cinsel ve fiziksel iyilik hallerinin de daha düşük olduğu bulunmuştur (169). Kemoterapi ve radyoterapi alan kadınlarla yapılan bir çalışmada, tedaviden sonraki üçüncü ayda cinsel işlev bozukluğunun yaygın olduğu belirlenmiştir. Kısa süreli izlem sonuçlarına göre, mastektomi geçiren kadınlarda bu sorunların, MKC yapılanlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (170).

Meme kanseri tedavisi hem fiziksel hem de psikolojik açıdan uzun vadeli sorunlara yol açabilen cerrahi müdahaleleri içermektedir. Erken evre meme kanseri olan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, ameliyat sonrası cinsel işlevde belirgin bir bozulma görülmüştür. Bu bozulmanın, genellikle uyarılma sorunlarıyla ilişkili olduğu, mastektomi geçirenlerde ise cinsel istek, uyarılma ve orgazm güçlüklerinin yaşandığı belirtilmiştir (167, 171). Mastektomi sonrası cinsel yaşam ve beden imajında belirgin bozulmalar görülebilmektedir (172). Mastektomi sonrası tedaviye bağlı yara izi, lenfödem gibi yan etkiler, vücut imajında değişikliklere ve cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Meme kaybı, kadınların psikolojik iyilik hâlini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilmektedir (173). Mastektomi ya da lumpektomi gibi işlemler, doğurganlık üzerinde değişiklik yaratmasa da emzirme güçlükleri psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. MKC ve rekonstrüksiyon, beden imajını ve psikosozyal iyilik hâlini iyileştirerek tedaviye olan memnuniyeti artırabilmektedir (174).

Erken dönemde yapılan meme rekonstrüksiyonu, fiziksel iyilik hâlini artırırken, gecikmiş rekonstrüksiyon, ruhsal sağlık üzerinde daha olumsuz etkiler yaratmaktadır (173).

Meme kanserinde uygulanan hormonal tedavi, östrojen baskılanmasına neden olarak, cinsel işlev bozukluğu gibi menopozal semptomlara yol açıp yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (175). Tedaviye bağlı gelişen menopozda, vazomotor semptomların doğal menopoza göre genellikle daha şiddetli seyrettiği bildirilmiştir (176). Premenopozal dönemde meme kanserinin daha agresif türleri görülür ve bunlar daha etkili tedavi gerektirebilir. Bu tedaviler, genç kadınlarda meme kanseri tedavisi sonrası menopozdaki kadınlara kıyasla daha belirgin cinsel işlev bozukluklarına ve vücut imajı sorunlarına yol açabilmektedir (116). Hormonal tedavi alan meme kanseri hastalarında, cinsel aktivite azalması, cinsel işlevde bozulma, psikolojik ve cinsel sıkıntılarda artış gözlenmiş; duygusal ifadelerde zorluklar ve cinsellikle ilgili olumsuz duygular yaşandığı bildirilmiştir (24). Hormon tedavisi gören kadınlarda, tedavi almayanlara kıyasla daha fazla cinsel işlev bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (177). Özellikle hormon kaynaklı meme kanseri tedavisinde kullanılan aromataz inhibitörleri, tamoksifen ve over fonksiyonunu baskılayan tedaviler, anti-östrojenik etkilerle vajinal kuruluk, disparoni, cinsel hazda azalma ve libido kaybına neden olabilmektedir (178).

2.10. Meme Kanserinde Cinsel İşlevin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Her ne kadar tüm kanserler cinsel ilişkileri ve yakınlığı etkileyebilse de meme kanseri hastalarında cinsellik; memenin erotik önemi, beden imajı, partnerin tutumu, cinsel işlev sorunları, tedavi sürecinin etkisi ve psikososyal sonuçları gibi birçok faktörden etkilenmektedir (107, 163, 179). Meme kanseri kadınlarda bu faktörlerin bütüncül olarak değerlendirilmesinde kullanılan ölçek bulunmamakla birlikte beden imajının değerlendirmesinde “Meme Kanserli Beden İmajı Ölçeği” (180) ve “Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği” (181), koruyucu meme cerrahisi geçiren hastalarda meme kanserinin tedavi sonuçlarının incelenmesi için “Meme Kanserli Tedavi Sonuçları Ölçeği” (182) ve meme kanserli kadınlarda cinsel işlevin değerlendirilmesinde “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” (33) kullanılmaktadır. Ancak bu ölçekler meme kanserli kadınlarda cinsel işlevin bütüncül olarak değerlendirilmesinde yetersiz kalmaktadır. Kadınlarda cinsel işlevin değerlendirilmesinde genellikle belirtilen ölçekler kullanılmaktadır;

-Kadın Cinsel İşlev Ölçeği: Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aygin ve Eti Aslan (2005) tarafından yapılmıştır. Son dört haftada cinsel sorunların ve işlevin

değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ölçek 19 madde ve 6 faktörden (Cinsel istek ve ilgi, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm, Doyum, Ağrı ve rahatsızlık) oluşmaktadır. Ölçek puanları 2.0 ile 36.0 arasında değişmektedir (33).

-Cinsel Deneyim Kalitesi Ölçeği: Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yassa ve ark. (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek bireyde cinsel deneyimin kalitesini, bireyin yaşı, cinsiyeti, cinsel yönelimi ve ilişki durumundan ve cinsel aktivite türlerinden bağımsız olarak ölçmektedir. Ölçek 7 maddeden ve tek faktörden oluşmaktadır (183).

- Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği: Türkçe uyarlama süreci Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından gerçekleştirilen ölçek cinsel yaşamın kalitesini değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Ölçek 18 maddeden oluşmakla birlikte her maddede 1-6 veya 0-5 aralığında puanlama yapılabileceği belirtilmektedir (34).

-Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği: Türkçeye uyarlaması Erol Ursavas ve Karayurt (2014) tarafından yapılan ölçek meme kanserli kadınlarda cinsel uyum ve beden imajını değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Beden imajı ve cinsel uyum ölçekleri olmak üzere iki ölçek toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 5'li Likert yapıdadır ve 1-5 arasında puanlanmaktadır. Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği'nin toplam puanı hesaplanmamaktadır. Değerlendirme için alt ölçeklere ait puan ortalamaları kullanılmaktadır (181).

2.11. Meme Kanseri ve Eş/Partner Desteği

Meme kanseri tanı ve tedavisindeki teknolojik gelişmelerle birlikte sağ kalım oranları artmıştır (184). Ancak tanı ve tedavi süreci, fiziksel sorunların (örn: ağrı, his kaybı, düşük libido), psikolojik sorunların (örn: işlev bozukluğundan utanç, beden memnuniyetsizliği) ve ilişki sorunlarının (örn: sınırlı iletişim, ilişki uyumsuzluğu ve memnuniyetsizliği) ortaya çıkmasına neden olduğundan hastaların fiziksel ve psikolojik sağlıklarını bozarak yaşam kalitesini etkilemektedir (185). Meme kanseri tanı ve tedavisi cinsel fonksiyonu ve cinsel ilişki sıklığını etkilemektedir (186).

Meme kanseri, kadınların partnerleriyle ilişkilerini etkileyen bir kanser türüdür. Kanser tanısı sonrası kadınlar duygusal olarak savunmasızdır ve partnerlerinden daha fazla desteğe ihtiyaç duyarlar (187). Partneri olan veya cinsel olarak aktif olan kadınların, partneri olmayan veya cinsel olarak aktif olmayan kadınlara göre cinsel kaygılar için yardım arama olasılıklarının 3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (188). Cinsel kaygılar ele alınmazsa klinik olarak önemli psikolojik sıkıntıya yol açabileceği ve meme kanserli kadınların ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği belirtilmiştir

(189). Meme kanserli kadınların, mastektomi nedeniyle öz saygı ve kadınlık duygusunda azalma, cinsel ilişkide ve beden imajında bozulma gibi sorunlar yaşadığı, bu durumun çiftlerin ilişkisini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (190). Meme kanseri ve tedavileri sonrası kadınların partnerlerinin cinsel performansında değişiklikler gözlemledikleri bu sebeple yetersizlik, korku ve suçluluk duygularıyla mücadele ettikleri saptanmıştır (191). Mastektomi uygulanan kadınlarla yapılan bir çalışmada, partner ilişkilerinden duyulan memnuniyetin fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde olumlu etkiler yarattığı saptanmıştır. Katılımcıların yarısından fazlası hastalık öncesi ilişkilerini, %63.8'i mevcut ilişkilerini orta ya da yüksek düzeyde tatmin edici olarak değerlendirmiş; %57.6'sı ise hastalık sürecinde partner desteğini yeterli bulduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, meme kanseri tanısı alan kadınların yaşam kalitesinin artırılmasında duygusal ilişki kalitesinin önemli bir rol oynadığını göstermektedir (192).

Meme kanseri, yalnızca kadını değil partnerini de etkileyen bir 'çift hastalığı' olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte çiftler; kaygı, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, iletişim sorunları ve ilişki kalitesinde düşüş gibi zorluklar yaşayabilmektedir (154, 193). Partnerler, hastalığın yönetimi ve duygusal yüklerin yanı sıra, destekleyici bir rol üstlenmekte; kaygı, nüksetme korkusu ve umutsuzluk gibi duygularla baş etmektedir (184, 187, 194). Araştırmalar, meme kanserli kadınların partnerlerinde cinsel zorlukların, depresyonun ve tatmin kaybının daha yaygın olduğunu; meme rekonstrüksiyonu yapılan kadınların eşlerinde ise cinsel işlevin daha olumlu olduğunu göstermektedir (31, 161).

Partnerler, kadınların hastalıklarına uyum sağlamalarına yardımcı olmada önemli bir rol oynarlar. Kadının hastalığa uyumunu kolaylaştırmak, kadın ile partneri arasındaki yakınlığı yeniden inşa etmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için partner ve kadın arasında iletişimin artması ve partner desteğinin sağlanması gereklidir (151). Yapılan araştırmalar, kanserli kadınlara tanı, tedavi ve iyileşme süreci boyunca verilen yakın partner desteğinin ilişkinin genel kalitesini artırdığını göstermektedir (195, 196). Meme kanserli kadınlara verilen partner desteği cinsel işlevi olumlu etkilemekte ve cinsel hazzı artırmaktadır (197). Partnerin duygusal desteği evlilik doyumunu artırmaktadır (198). Kanser tanısı sonrası kadınlara ve partnerlerine uygulanan cinsel terapilerin her iki çift içinde evlilik memnuniyetini artırdığı (187), cinsel işlevde, cinsel benlik imajında, cinsel ilişkilerde ve hem meme kanseri hastalarının hem de partnerlerinin psikolojik iyilik hallerinde iyileşme sağladığı belirtilmiştir (199).

Meme kanserinden kaynaklanan cinsel kaygılar ve yan etkilere ilişkin görüşmelere, partnerlerin dahil edilmesinin kadınlar için yararlı olacağı belirtilmiştir

(185). Kadınlara, beklentilerini etkili bir şekilde partnerleri ile paylaşması konusunda destek sağlamanın ilişki memnuniyetini ve öz saygıyı artırdığı saptanmıştır (198). Kadınlar, kanser tedavisinden sonra cinsel partnerleriyle yaşadıkları değişiklikleri, karşılaştıkları zorlukları ve sınırları açıkça konuşmalı ve cinsel özgüven geliştirmelidirler. Bu şekilde cinsel ilişkilerdeki değişiklikleri daha kolay ve sağlıklı bir şekilde yönetebilecekleri belirtilmektedir (200).

2.12. Meme Kanseri Kadınlarda Cinsel İşlevin Sürdürülmesinde Hemşirenin Rolü

Cinsel sorunlar meme kanserinden sağ kalanlarda uzun yıllar devam etme eğilimindedir bu da bu sorunların sağlık personeli tarafından ele alınmasını kritik hale getirmektedir (201). Meme kanseri olan kadınlarda cinsel sorunların yaygınlığı ve genel sağlık üzerindeki etkisine rağmen, cinsel sağlık göz ardı edilmekte ve sağlık sisteminde rutin olarak ele alınmamaktadır (202, 203). Yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınların %49'unun cinsel kaygıları için yardıma ihtiyaç duyduğu, yardımını daha çok yakın partnerlerinden, ailelerinden ve/veya arkadaşlarından (%42), daha azının ise sağlık personelinin (%24) aldıkları saptanmıştır. Genç kadınların cinsel kaygıları sebebiyle daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğu ve cinsel olarak aktif olduğu belirtilmektedir (201). Hemşirelerin genellikle meme kanseri hastalarının tedavi süreçlerine, egzersiz, beslenme ve semptom yönetimine yoğun ilgi gösterdikleri ancak cinsel sağlığı göz ardı ettikleri belirtilmektedir (202). Bunun nedeni olarak hastaların cinselliği tabu olarak görerek konuşmak istememesi, cinsel ihtiyaçları ve istekleri iletme ve ifade etme zorluğu yaşamaları, sağlık personelinin ise konuşmayı başlatmakta zorluk yaşaması, iş yükünün fazla olması, zaman kısıtlılığı, kurum politikaları, hasta ile iletişim sorunları, tıbbi sorunları daha fazla önemseme ve diğer engeller sayılabilmektedir (200, 202, 204-208).

Sağlık personelinin kanserin her aşamasında ve uzun vadeli takip sırasında ortaya çıkabilecek fiziksel ve psikolojik sorunların kapsamını anlamaları gerekir, böylece uygun destek ve yardım sağlanabilir (203). Amerikan Klinik Onkoloji Derneği, cinsel işlev bozukluklarının yönetimiyle ilgili olarak, sağlık profesyonellerinin kadın ve partnerine; cinsel sağlık, beden imajı, yakınlık ve ilişki sorunlarına yönelik destek sunmaları yönünde önerilerde bulunmaktadır (209). Kanser seyri boyunca hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak hedefli müdahaleler geliştirmek, cinsel sağlık ve bakım ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacaktır (210).

Günümüzde cinsel sağlık, yani “cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal iyilik hali” hemşirelik bakımının temel bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (204). Hemşireler, hastaların cinsel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını veya bireylerin uygun hizmetlere yönlendirilmesini sağlama sorumluluğuna sahiptir (211). Cinsel sağlık bakımı, kanserli hastalar için bütüncül, kişi merkezli bakımın ayrılmaz bir parçası olmalıdır (204). Bütüncül ve hasta merkezli bakımın bir parçası olarak hemşireler bireylerin cinsel sağlıklarını değerlendirmede ve gerektiğinde danışmanlık, klinik hizmetler ve uzmanlara yönlendirme sağlamada önemli bir rol oynarlar (208). Hemşire bakım sürecinde cinsel sağlığı hem fiziksel hem de psikolojik yönleriyle değerlendirmeli, kadınların yaşam kalitesini iyileştirmeli, psikolojik destek sağlamalı, kültürel ve dini etkileri bakıma entegre etmelidir (212). Hemşirelik müdahalelerinin meme kanseri hastalarında cinsel yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiği genç hastalarda bu iyileşmenin daha etkili olduğu belirtilmektedir (205).

Hemşire liderliğinde verilen cinsel danışmanlığın, meme kanserli kadınlarda cinsel işlevlerin iyileştirilmesine katkı sağladığı; dispareni semptomlarında azalma ile birlikte lubrikasyon, cinsel tatmin, uyarılma, istek ve orgazm düzeylerinde artışa neden olduğu bildirilmektedir (213). Bu kapsamda, hemşirelerin gerekli bilgi ve becerilerle donatılması, cinsel sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Onkoloji hemşirelerine yönelik verilen cinsel sağlık eğitiminin, hemşirelerin bakım verdiği kanser hastalarının cinsel sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını daha bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmelerine olanak tanıdığı ve bu sayede sunulan bakımın niteliğini artırarak hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ifade edilmektedir (214).

Meme kanseri tedavisinin, cinsellik üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, bu sorunlarla ilgili çalışmalar yapılması ve hemşirelerin, diğer sağlık profesyonellerinin hasta bakımında daha yüksek kalitede hizmet sunmaları ve etkili görüşmeler yapabilmeleri için bilimsel değerlendirmelere ihtiyaç vardır (215).

Kanser tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında rol alan hemşireler tarafından ECİÖ'nün kullanımı, meme kanserli kadınlarda cinsel işlevin sistematik ve bütüncül olarak değerlendirmesine olanak sağlamaktadır. Bu noktada, ECİÖ'nün kullanımı, hemşirelerin hastaların cinselliğine yönelik duyarlılığını artırarak bakım kalitesinin yükselmesine katkı sağlayacaktır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma meme kanserli kadınlarda cinsel işlevi değerlendirmek amacı ile geliştirilen “Entegre Cinsel İşlev Ölçeği” nin (Integrated Sexual Function Scale- ISFS) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Gaziantep il merkezinde bulunan Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniklerinde Ocak- Aralık 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Onkoloji Hastanesi bünyesinde altı Tıbbi Onkoloji Polikliniği hizmet vermektedir. İki poliklinikte uzman hekim ve dört poliklinikte öğretim üyesi muayenesi yapılmaktadır. Hastane çevre illere de hizmet vermekte olup bir yıllık veri toplama sürecinde Tıbbi Onkoloji Polikliniklerine meme kanseri tanısı almış 1660 kadın başvurduğu belirlendi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenine Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji Poliklinikleri’ne meme kanseri tedavisi sonrası kontrol veya ayaktan tedavi amacı ile başvuran, meme kanseri tanısı almış 20-55 yaş arası kadınlar dahil edildi.

Araştırmada kullanılacak örneklem büyüklüğü, Jeng ve arkadaşlarının çalışması temel alınarak (Cronbach’s alpha değerleri 0.905, 0.915 ve 0.970) güç analizi ile hesaplandı. Belirlenen bu referans değerleri doğrultusunda, %95 güven düzeyi ($1-\alpha = 0.95$) ve %100 test gücü ($1-\beta = 1.00$) ile yapılan güç analizi sonucunda, çalışmada yer alması gereken minimum örneklem sayısı 190 olarak belirlendi. Ancak geçerlik güvenilirlik çalışmalarında, analizlerin yeterli sayıda birey üzerinde yapılması için literatürde ölçek toplam madde sayısının 5-10 katı sayıda birey seçilmesi gerektiği belirtilmektedir. Yeterli örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde 50’nin çok zayıf, 100’ün zayıf, 200’ün orta, 300’ün iyi, 500’ün çok iyi ve 1000’in mükemmel olduğu sınıflama sisteminin kullanılması önerilmektedir (216, 217). Bu çalışmada uyarlaması yapılacak ECİÖ toplam 30 maddeden oluştuğu ve alınması gereken örneklem

büyükliğünün 150-300 arasında olması önerildiğinden çalışmaya 300 kişi dahil edildi. Örneklem yöntemi olarak gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanıldı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 20-55 yaş arası olan,
- Evli ya da düzenli cinsel partneri olan,
- Meme kanseri tedavilerinden en az birini alan,
- Tedavi sonrası en az 1 ay geçmiş olan,
- Mastektomi uygulanan,
- Okur yazar olan kadınlar çalışma kapsamına alındı.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Tanı konmuş ruhsal bir hastalığı olan kadınlar çalışma kapsamına alınmadı.

3.4. Veri Toplamada Kullanılan Araçlar

3.4.1. Kişisel Bilgi ve Geçmiş Tıbbi Öykü Formu

Kişisel Bilgi ve Geçmiş Tıbbi Öykü Formu; literatür taranarak hazırlanan form, çalışmaya dâhil edilen meme kanseri tanısı almış kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, ekonomik durumu, medeni durumu gibi demografik verileri içermektedir. Buna ek olarak form partnerinin yaşı, mesleği, eğitim durumu, kadının çocuk sayısı, çocuklarını emzirip emzirmedeği, adet düzeni, OKS kullanımı, menopoza girme durumu ve şeklini de içeren toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca kadının meme kanseri tanısı alma süresi, meme kanserinin evresi, kadının memesine tanı amaçlı herhangi bir girişim uygulanıp uygulanmadığı, mastektomi ameliyatının türü, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi alıp almadığı vb. geçmiş tıbbi öyküsünü içeren 12 maddeden oluşmaktadır (EK-3) (9, 218-221).

3.4.2. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği/ Integrated Sexual Function Scale

ECİÖ Jeng ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (9). Ölçeğin her bir alt bölümü katılımcı kadınların ve partnerlerinin memelerin nesneleştirilmesine karşı bakış açısı, cinsel aktiviteler sırasında memelerin ön sevişmedeki rolü, cinsel istek, cinsel tatmin, cinsel engel ve diğer öz değerlendirmeleri kapsamaktadır. ECİÖ'nün her bir alt bölümü 7'li Likert tipindedir ve ölçekte ters madde bulunmamaktadır. ECİÖ'nün içeriği sadece tıbbi yönlerle ilişkin bilgileri kapsamamakta, aynı zamanda toplum tarafından vurgulanan nesneleştirme perspektifine de dikkat çekmektedir. Ölçek meme

kanserinin cinsel sağlık üzerindeki etkisini, cinsel işlevi etkileyen ilgili tedavi sũrecini ve tedaviden sonra cinsel işlevin geri kazanılmasını analiz etmede yararlı veriler sağlamaktadır. Ȗlçeđin yapı geçerliği, açıklayıcı faktȖr analizi (AFA) kullanılarak Jeng ve arkadaşları tarafından doğrulanmıştır. Jeng ve arkadaşları tarafından araştırmaya partneri olan 196 meme kanseri kadın dahil edildiği belirlenmiştir. Menopozda olan ve olmayan meme kanserli kadınların Ȗrnekleme dâhil edildiği gȖrũlmektedir. FaktȖr puan matrisinden maddelerin boyutları 0.5'ten bũyũk faktȖr yũkũne gȖre belirlendiği saptanmıştır (9).

ECİȖ: 1- Memelerin Rolũ Ȗz- Kontrol Listesi (MRȖKL) (6 madde), 2- Ȗn Sevişme Sırasında Memelerin Rolũ Ȗlçeđi (ȖSMRȖ) (8 madde) ve 3- Meme Kanseri Kadınlar için Kadın Cinsel İşlev Ȗlçeđi (MKK-KCİȖ) (16 madde) olmak ũzere 3 Ȗlekten oluşmaktadır (EK-4). Jeng ve arkadaşlarının bu çalışmada MRȖKL ve ȖSMRȖ'yũ geliştirirken, MKK- KCİȖ'yi mevcut FSFI'ye gȖre yeniden dũzenledikleri saptanmıştır.

“Memelerin Rolũ Ȗz Kontrol Listesi” Ȗlçeđi kadınların meme, fiziksel bũtũnlũk, gȖrũnũm, kadının değeri ve cinsel zevkle ilgili Ȗz değerlendirme arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Ȗlek 6 madde ve tek faktȖrden oluşmaktadır. Bu faktȖr, “Kadınlar İçin Memelerin Ȗnemi” şeklinde adlandırılmaktadır. Ȗlekte ters madde bulunmamaktadır. Ȗlek 7'li Likert tipindedir ve her bir maddesi 1-7 arasında puan almaktadır: 1- ifadeye kesinlikle katılmıyorum ve 7- ifadeye kesinlikle katılıyorum olarak değerlendirilmektedir. Ȗleđin puanlamasında ortalama puan esas alınmaktadır. Her bir maddeden alınan puanlar toplanarak madde sayısına bȖlũnmesi ile minimum 1 ile maksimum 7 arasında bir puanlama elde edilir. Ȗlekten alınan puanın yũksekliliđi kadınların memelerine daha fazla Ȗnem verdiklerini gȖstermektedir. Orijinal alışmada Ȗleđin Cronbach alfa katsayısı 0.905'tir (9).

“Ȗn Sevişme Sırasında Memelerin Rolũ Ȗlçeđi” cazibe, dokunma, okşama ve emme olmak ũzere dȖrt aşamada kadınlar ve partnerleri için memelerin Ȗnemini Ȗlmektedir. Sekiz maddeden oluşan Ȗlekte tedavi sũreci ve tedavi sonrası memelerinizin Ȗn sevişmedeki rolũnde herhangi bir değeriklik oldu mu? Sorusuna yanıt aranmaktadır. Memelerin Ȗn sevişmedeki rolũ Ȗlçeđi iki kısıma ayrılmaktadır. İlk bȖlũmde, mastektomi sonrası her iki partner için de memenin cinsel rolũnde tedavi Ȗncesine gȖre tedavi sũrecinde herhangi bir değeriklik olup olmadığı incelenmiştir. İkinci bȖlũmde, tedavi Ȗncesine gȖre tedavi sonrasında memelerin cinsel rolũnde herhangi bir değeriklik olup olmadığı incelenmektedir. Ȗlekte faktȖr analizi sonrası iki faktȖrlũ bir

yapıya ulaşılmıştır. Faktör 1; 2 madde sayısına sahip, kadının meme çekiciliği ile ilgili soruları içeren "Memelerdeki Cinsel Cazibe" olarak adlandırılmıştır. Faktör 2; 6 madde tek faktör altında toplanarak, memelerin kadın ve partneri tarafından dokunma, okşama, ovma ve emme aşamaları ile ilgili soruları içeren "Ön Sevişmede Memelerin İşlevi " olarak adlandırılmıştır. Ölçek maddelerinde belirtilen "Tedavi süreci" cerrahi, kemoterapi, radyoterapi veya hedefe yönelik tedavi alımından sonra bir aylık süreci ifade etmektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek 7'li Likert tipindedir. Ölçeğin her bir maddesi 1-7 arasında puan almaktadır: 1- ifadeye kesinlikle katılmıyorum (-%100) ve 7- ifadeye kesinlikle katılıyorum (%100) olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin puanlamasında ortalama puan esas alınmaktadır. Ölçekte her bir madde de aynı soru tedavi süreci ve tedavi sonrası için sorulmuştur. Ölçek puanlaması tedavi süreci için ayrı, tedavi sonrası için ayrı yapılmaktadır. ÖSMRÖ'nün tedavi sürecinde her bir maddeden alınan puanlar ve tedavi sonrasında her bir maddeden alınan puanlar ayrı ayrı toplanarak madde sayısına bölünmesi ile minimum 1 ile maksimum 7 arasında bir puanlama elde edilmektedir. Ölçeğin ilk iki maddesinden alınan yüksek puan tedavi süreci ve sonrasında kadın ve partneri için memenin cinsel cazibesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Ölçeğin son altı maddesinden alınan yüksek puan ise kadın ve partneri için tedavi süreci ve sonrasında ön sevişme sırasında memenin cinsel işlevinin devam ettiğini göstermektedir. Ölçek orijinalinin Cronbach alfa katsayısı 0.915'tir (9).

"Meme Kanseri Kadınlar için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği"nin amacı kadınlar ve partnerleri için tedavi öncesi, tedavi süreci ve sonrasında cinsel işlevi değerlendirmektedir. MKK-KCİÖ iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, tedavi öncesine göre tedavi sürecinde cinsel işlevde herhangi bir değişiklik olup olmadığını, ikinci bölüm, tedavi öncesine kıyasla tedaviden sonra cinsel işlevde herhangi bir değişiklik olup olmadığını incelemektedir. On altı maddeden oluşan bu bölümde tedaviye bağlı cinsel aktivitelerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu? Sorusuna yanıt aranmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek 7'li Likert tipindedir. Ölçeğin her bir maddesi 1-7 arasında puan almaktadır: 1- ifadeye kesinlikle katılmıyorum (-%100) ve 7- ifadeye kesinlikle katılıyorum (%100) olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin puanlamasında ortalama puan esas alınmaktadır. Ölçekte her bir madde de aynı soru tedavi süreci ve tedavi sonrası için sorulmaktadır. Ölçek puanlaması tedavi süreci için ayrı, tedavi sonrası için ayrı yapılmaktadır. MKK- KCİÖ'nün tedavi sürecinde her bir maddeden alınan puanlar ve tedavi sonrasında her bir maddeden alınan puanlar ayrı ayrı toplanarak madde sayısına bölünmesi ile minimum 1 ile maksimum 7 arasında bir puanlama elde edilir .

Ölçekten alınan yüksek puan kadın ve partneri için tedavi süreci ve sonrası, cinsel istek ve cinsel yanıtın olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Araştırmacılar ölçekte faktör analizi sonrası 16 sorudan “Cinsel İstek”, “Cinsel Memnuniyet” ve “Cinsel Engel” olarak adlandırılan üç faktör elde etmiştir. Orjinal Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.970’tir (9). Jeng ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilen ölçeğin faktör grupları ve madde sayıları Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. ECİÖ’nün orijinal versiyonunun faktör grupları ve madde sayıları

Ölçek Adı	Faktör grupları	Maddeler	Madde sayısı
Memelerin Rolü Öz Kontrol Listesi Ölçeği	Kadınlar İçin Memelerin Önemi	1,2,3,4,5,6	6 madde
Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği	Memelerdeki Cinsel Cazibe	1,2	2 madde
	Ön Sevişmede Memelerin İşlevi	3,4,5,6,7,8	6 madde
Meme Kanseri Kadınlar için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği	Cinsel İstek	1,2,3,4,5,6,7	7 madde
	Cinsel Memnuniyet	10,12,13,14,15	5 madde
	Cinsel Engel	8,9,11,16	4 madde

Ölçeğin Türkçe uyarlaması (EK-5) sonrası oluşan faktör grupları ve madde sayıları Tablo 3.2’de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. Araştırma sonucu ECİÖ’nün faktör grupları ve madde sayıları

Ölçek Adı	Faktör grupları	Maddeler	Madde sayısı
Memelerin Rolü Öz Kontrol Listesi Ölçeği	Kadınlar İçin Memelerin Önemi	1, 2, 3, 4, 5, 6	6 madde
Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği	Ön Sevişmede Memelerin İşlevi	3, 4, 5, 6, 7, 8	6 madde
Meme Kanseri Kadınlar için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği	Cinsel İstek	1, 2, 3, 4, 6	5 madde
	Cinsel Yanıt	7, 8, 9, 10, 11, 12, 16	7 madde

3.5. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği'nin Uygulama Aşamaları

Araştırmanın Türkçeye uyarlama sürecinde; “dil geçerliği, kapsam geçerliği, pilot uygulama, yapı geçerliği ve güvenirlik analizlerini” içeren aşamalar uygulandı (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Entegre cinsel işlev ölçeği uyarlama süreci

Aşama No	Süreç Adı	Açıklama
1.	Hazırlık ve Planlama	➤ Ölçeği geliştiren yazarlardan izin alınması ➤ Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması ➤ Literatür taraması yapılması
2.	Dil Geçerliği	➤ Orijinal dilden Türkçeye 3 uzman tarafından çeviri- geri çeviri yapılması
3.	Kapsam Geçerliği	➤ Ölçek kapsam geçerlik indeksi ve madde kapsam ortalamalarının hesaplanması ➤ Ölçek maddelerinin 10 uzman tarafından kültürel, dilsel ve kavramsal açıdan değerlendirilmesi
4.	Pilot Uygulama	➤ Pilot uygulama yapılması ➤ Son taslağı hazırlanan ölçeğin, küçük bir örnekleme uygulanarak anlaşılabilirlik ve uygulama sürecinin test edilmesi
5.	Yapı Geçerliği	➤ Örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi ➤ Açıklayıcı Faktör Analizi için: Kaiser-Mayer-Olkin, Bartlett Küresellik Testi ve Temel Bileşenler Analizi, ➤ Doğrulamalı Faktör Analizi için: Uyum indekslerinin kullanılması ➤ Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör analizinin hem tedavi süreci hem de tedavi sonrası için uygulanması
6.	Güvenirlik Analizleri	➤ İç tutarlık güvenirliği ve test- tekrar test güvenirliğinin uygulanması ➤ Cronbach's α katsayısı ve madde toplam korelasyonlarının hesaplanması
7.	Raporlama	➤ Ölçeğe ait geçerlik ve güvenirlik sonuçlarının raporlanması

3.5.1. Dil Geçerliği

Dil geçerliğinin sağlanmasında ölçek öncelikle araştırmacı ve her iki dile ve kültüre hâkim 3 uzman tarafından İngilizceden Türkçeye çevrildi. Çevirisi yapılan ölçeğin Türkçe formu danışman ve araştırmacı tarafından Türk kültürüne uygunluğu da göz önünde bulundurularak düzenlendi. Türkçe formu düzenlenen ölçeğin her iki dili bilen ve ölçek orijinalini daha önce görmemiş bir uzman dil bilimci tarafından tekrar

İngilizceye çevirisi sağlandı. Genel uygulamalara geçilmeden önce, oluşturulan ölçek formu ve maddeler üzerinde fark edilmemiş herhangi bir imla, ifade veya biçim sorunu olmasının önlenmesi açısından ölçek; Türk Dili ve Edebiyatı alanında uzman bir akademisyen tarafından da incelendi ve ölçeğin dil geçerliği tamamlandı.

3.5.2. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, bir değerlendirme aracının unsurlarının hedeflenen yapıyla ne ölçüde alakalı olduğu ve onu ne ölçüde temsil ettiği olarak tanımlanır. Böylece her bir maddenin amaca ne ölçüde hizmet ettiği belirlenir (222, 223).

Çevirisi yapılan ölçekte gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğin maddelerinin kapsam geçerliğini değerlendirmek için kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği alanında 10 uzmanın görüşüne başvuruldu (Ek-6). Maddelerin uygunluğunun değerlendirilmesinde uzmanlardan her madde için 1-4 puan aralığında puanlama yaparak (1: uygun değil, 2: biraz uygun/ifadenin revizyonu gerekir, 3: oldukça uygun ancak ufak düzeltmeler gerekli, 4: çok uygun) ölçeği dil, anlam ve kültür uyumu yönünden değerlendirmeleri istendi. Alınan uzman görüşlerinin Kapsam geçerlik oranları (KGO) ve Kapsam geçerlik indeksi (KGI) Davis tekniğine göre hesaplandı.

Davis Tekniğinde uzman sayısının 5-20 kişi aralığında olması önerilmektedir. Uzman görüşleri doğrultusunda her maddeye 3 (oldukça uygun) ve 4 (çok uygun) veren uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek madde ile ilişkili “KGO” ve ölçekler için “KGI” değeri bulundu. KGI’nin kabul edilebilir sınırlarda ve madde kapsam geçerliğinin yüksek olması için en az 0.80 olması gerektiği belirtilmektedir (224-226). Buna göre bu çalışmada ölçeklerin KGI’leri sırasıyla MRÖKL ölçeği için 0.983, ÖSMRÖ için 0.900 ve MKK- KCIÖ için 0.993 olarak elde edildi.

3.5.3. Pilot Uygulama

Ölçekte uzman görüşlerine göre gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra meme kanseri kadınlara pilot uygulama yapıldı. Ölçek örnekleme dahil edilmeyen 30 kişiye uygulandı. Pilot uygulama sonucunda ölçek maddelerinin anlaşılır olduğu tespit edildi.

3.5.4. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, ölçek maddelerinin belirlenen özelliklerinin bir test veya ölçekle ne ölçüde doğru ölçüldüğünü gösterir. Aynı şekilde test puanlarının bir yapıyı yalnızca o yapının göstergeleri aracılığıyla ölçüp ölçemeyeceği ile ilgilidir (227-229). Ölçekte yapı

geçerliğini test etmek amacıyla AFA, doğrulayıcı faktör analizi (DFA), aykırı (uç) değer analizi, madde analizi ve güvenilirlik analizlerinin kullanılması gereklidir (227). Bu çalışmada yapı geçerliğini test etmek için ilk olarak AFA yapıldı. AFA’da amaç değişkenleri faktör haline getirerek bir ya da daha fazla bileşen elde etmektir. Çalışmamızda yapılan AFA sonucunda MRÖKL ölçeğinden bir faktör, ÖSMRÖ’den bir faktör, MKK-KCİÖ’den iki faktör elde edildi. Faktör analizinden önce örneklem yeterliliğini ve verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi uygulandı. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla yapılan KMO testinde bulunan değer 0.50 zayıf, 0.60 orta, 0.70 iyi, 0.80 çok iyi ve 0.90 mükemmel olarak kabul edildi. Bartlett testi sonucunun ise istatistiksel olarak anlamlı olması dikkate alındı (228, 230). AFA’da faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi metodu kullanıldı. Buna göre faktör yükleri 0.30’dan düşük olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (231).

AFA’dan sonra elde edilen yapının geçerliğini ve ölçüm araçlarının çalışılan örneklem üzerinde doğrulanıp doğrulanmadığını test etmek amacıyla DFA kullanılmaktadır (227, 232). DFA sonrası model yapısının verilerle uyumlu olup olmadığı uyum indeksleri ile test edilmektedir. Bu indeksler modelin genel uyumu için geliştirilen χ^2/sd (CMIN/DF), karşılaştırılmalı uyum indeksleri Normed Fit Index (NFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Incremental Fit Index (IFI), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), mutlak uyum indeksleri Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), artık temelli uyum indeksleri Root Mean Square Residual (RMR), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) şeklinde sıralanmaktadır (232). Bu çalışmada modelin genel uyumu χ^2/df , RMSEA, GFI, TLI, IFI, CFI ve SRMR gibi uyum indeksleri ile test edildi.

Bu çalışmada ÖSMRÖ ve MKK-KCİÖ için tedavi sürecinde ayrı tedavi sonrasında ayrı AFA ve DFA yapılarak aynı faktörler elde edildi, tedavi süreci ve sonrası AFA ve DFA sonuçları tutarlı bulundu.

3.5.5. Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne ölçüde doğru ölçtüğünü, ölçeğin üretkenliğini ve tutarlılığını belirler. Ölçme aracı farklı ölçümlerde benzer sonuçlar vermekle birlikte tekrarlanabilir ve aktarılabilir olmalıdır (233). Bu çalışmada her ölçeğin güvenilirlik analizi için; İç tutarlık güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği yöntemleri kullanıldı.

Likert ölçeği geliştirme ve uyarlama çalışmalarında en çok kullanılan ölçüt Cronbach α iç tutarlılık katsayısıdır. Cronbach α iç tutarlılık katsayısı güvenilirliğin önemli bir göstergesidir ve 0 ile 1 arasında değer alır. Alfa değerinin negatif çıkması güvenilirliğin bozulduğunu gösterir (230, 231).

Cronbach α kat sayısı ölçek için:

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (230, 231).

İç tutarlılık güvenilirliği bir ölçekte yer alan maddelerin homojenliği ile ilgilidir. Bir ölçekte yer alan maddeler arasında korelasyon ne kadar yüksekse iç tutarlılıkta o kadar yüksektir (234). Ölçeğin iç tutarlılığı belirlenirken madde-toplam korelasyonları değerlendirilir. Bu yöntemle her maddenin ölçekle olan ilişkisi saptanır. Madde-toplam korelasyonuna dayalı madde analizi sonucunda: 0.20'den düşük madde toplam korelasyonuna sahip maddelerin ölçekten çıkarılması, 0.20-0.30 arasında değer alan maddelerin zorunlu ise ölçekte kalması, zorunlu değilse ölçekten çıkarılması ve 0.30'dan yüksek maddelerin ölçekte kalması gerektiği belirtilmektedir (230).

Bir ölçeğin güvenilirliği kontrol edilirken dikkate alınması gereken bir diğer kriter ise ölçeğin kararlı olup olmadığıdır. Bir ölçeğin kararlılığı yani zamana karşı tutarlılığı ve değişmezliği test-tekrar test yöntemiyle incelenmektedir. Bu yöntemde güvenilirliği ölçülmek istenen ölçek, aynı gruba belli zaman aralıklarında iki kez uygulanmaktadır. Uygulama sonucunda her iki ölçekten alınan toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanarak 1'e yakın değerler alması beklenmektedir (231). ECİÖ'de test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla ölçek, örnekleme dahil edilmeyen 40 kişiye 3 hafta ara ile iki kere uygulanarak korelasyon katsayısı hesaplandı.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler 1 Ocak- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniklerine meme kanseri tedavisi sonrası kontrol veya ayaktan tedavi amacıyla başvuran kadınlardan elde edildi. Veriler araştırmacı tarafından, Kişisel Bilgi ve Geçmiş Tıbbi Öykü Formu ve ECİÖ kullanılarak, mahremiyetin sağlandığı bekleme odasında, yüz yüze görüşme tekniği ile kadınlar

tarafından doldurulan formlar aracılığıyla elde edildi. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

Bu çalışmada, ölçek maddelerinde yer alan tedavi süreci ve tedavi sonrası sürece ilişkin sorular aynı katılımcılara aynı zamanda yöneltildi. Araştırmaya, tedavi sonrasında en az bir ay geçmiş kadınlar dahil edilmiş olup tedavi sürecine ilişkin maddeler geriye dönük olarak katılımcılar tarafından değerlendirildi.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler “Statistical Package for Social Sciences” IBM SPSS 23 ve AMOS 24 programları aracılığıyla analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve çoklu normallik varsayımı ile değerlendirildi. Ölçeğe ait tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, min-max gibi ölçümlerle analiz edildi. Ölçeğe ait iç tutarlılık Cronbach’s alfa katsayısı ile incelendi. Ölçeklere ait yapılar AFA ile incelendi ve AFA’da faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi metodu ve döndürme işlemi için de varimax yöntemi kullanıldı. Ölçeğe ait yapı geçerliği DFA ile incelendi. Yapısal eşitlik modellerinde hesaplama yöntemi olarak normal dağılmayan verilerde Bootstrap ML (Maximum likelihood) ve normal dağılan verilerde ML (Maximum likelihood) kullanıldı. Bootstrap yönteminde 5000 yeniden örneklem kullanıldı. Normal dağılmayan değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman’s rho korelasyon katsayısı ile incelendi. Test-tekrar test puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon testi ve aralarındaki uyumun incelenmesinde sınıf içi korelasyon katsayısı kullanıldı. İstatiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

ECİÖ’nün Türk dili ve kültürüne uyarlaması aşamasında, ilk olarak ölçeği geliştiren Prof. Dr. Cherng-Jye Jeng ve arkadaşları ile elektronik posta yoluyla iletişim kurularak ölçek kullanım izni alındı (Ek-7). Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik onay (Karar No: 2021/16-56; Ek-2), araştırmanın uygulanması için Gaziantep Üniversitesi Rektörlüğü Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği’nden araştırma izni (Sayı: E-91786782-619-27893) alındı (Ek-8). Araştırma başlangıcında kadınlara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK-9) okunarak sözel ve yazılı onam alındı. Ayrıca çalışma kapsamına dahil edilecek kadınlara araştırma içeriği açıklanarak, araştırma sürecinde istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, hasta mahremiyeti

göz önünde bulundurularak kişisel bilgilerin üçüncü bir kurum veya kişi ile paylaşılmayacağı açıklandı.

3.9. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları sadece örneklem grubunu yansıtmaktadır, tüm meme kanserli kadınlara genellenemez.

Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri tanısı alma sürelerinin (2 ay ile 3 yıl ve üzeri) geniş bir zaman aralığında yer alması, cinselliğe ilişkin yaşantılarında fark yaratarak cinselliği algılayış biçimlerinde çeşitliliğe neden olmuş olabilir.



4. BULGULAR

Çalışmanın uygulama kısmında, kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve tıbbi özgeçmiş özelliklerin dağılımı, ECIÖ'ye (MRÖKL, Tedavi Sürecinde ve sonrasında ÖSMRÖ ve MKK-KCIÖ) ilişkin AFA ve DFA sonuçlarına, test- tekrar test ve güvenilirlik analizi sonuçlarına yer verildi. Tablo 4.1'de kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların %70'inin ilköğretim mezunu olduğu, %17'sinin şu an çalışmaya devam ettiği ve %52.3'ünün çalışma durumunun etkilendiği saptandı. Kadınların yarıdan fazlasının (%59) ortalama bir ekonomik duruma sahip olduğu büyük çoğunluğunun (%74.3) il'de yaşadığı belirlendi. Kadınların %95.7'sinin evli, %4.3'ünün düzenli birliktelik yaşadığı saptandı. Kadınların partnerlerinin %84'nün çalıştığı %63.3'ünün ilköğretim, mezunu olduğu saptandı. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 45.06 ± 7.50 , partnerlerinin yaş ortalamasının 49.0 ± 8.94 ve birliktelik yılı ortalamalarının 22.0 ± 10.08 olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=300)

Sosyo- Demografik Özellikler		n	%
Eğitim durumu	İlköğretim	210	70.0
	Lise	51	17.0
	Üniversite ve üstü	39	13.0
Şu anda çalışma durumu	Çalışıyor	51	17.0
	Çalışmıyor	249	83.0
Çalışma durumunun etkilenmesi	Evet	157	52.3
	Hayır	143	47.7
Çalışma durumu nasıl etkilendi(n=157)	İşi bıraktı	67	42.7
	İşe ara verdi	90	57.3
Ekonomik durum	İyi	39	13.0
	Orta	177	59.0
	Kötü	84	28.0
Yaşanan yer	İl	223	74.3
	İlçe	37	12.4
	Köy	40	13.3
Medeni durum	Evli	287	95.7
	Düzenli birliktelik	13	4.3
Partnerin çalışma durumu	Çalışıyor	252	84.0
	Çalışmıyor	48	16.0
Partner eğitim durumu	İlköğretim	190	63.3
	Lise	51	17.0
	Üniversite ve üstü	59	19.7
	Ort±SS	Ortanca	Min- Max
Yaş (yıl)	45.06 ± 7.50	46.00	24- 55

Birliktelik süresi (yıl)	22.0 ± 10.08	22.00	1- 42
Partnerin yaşı (yıl)	49.0 ± 8.94	49.00	25- 73

Ort: ortalama, SS; standart sapma

Tablo 4.2’de kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir. Kadınların büyük bir çoğunluğunun çocuk sahibi olduğu (%87.7) ve çocuklarını emzirdiği (%80) belirlendi. Kadınların %84.3’ünün menstruasyonunun düzensiz olduğu belirlendi. Kadınların OKS kullanımı incelendiğinde %98.7’sinin kullanmadığı belirlendi. Kadınların %61.3’ünün menopoza girdiği ve bu kadınların %75’inde menopozun tedaviye bağlı olarak ortaya çıktığı saptandı. Araştırmaya katılan kadınlarda menstruasyon görmeme süresi (Gün) ortalama 41.44 ± 44.44 gün, çocuk sayısı ortalama 2.99 ± 1.42 , menstruasyon sıklığı (Gün) ortalama 32.0 ± 15.41 olarak belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=300)

		n	%
Çocuk sahibi olma	Evet	263	87.7
	Hayır	37	12.3
Emzirme durumu	Emzirmemiş	60	20.0
	Emzirmiş	240	80.0
Menstruasyon düzeni	Düzensiz	253	84.3
	Düzenli	47	15.7
OKS kullanımı	Kullanmamış	296	98.7
	Kullanmış	4	1.3
Menopoza girme durumu	Evet	184	61.3
	Hayır	116	38.7
Menopoza girme şekli (n=184)	Doğal	46	25.0
	Tedaviye bağlı	138	75.0
Menstruasyon görmeme süresi (Gün) (Ort±SS): 41.44 ± 44.44			
Çocuk sayısı (Ort±SS): 2.99 ± 1.42			
Menstruasyon sıklığı (Gün) (Ort±SS): 32.0 ± 15.41			

Ort: ortalama, SS; standart sapma OKS: Oral kontraseptif

Araştırmaya katılan kadınların tıbbi özgeçmişlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3’te yer almaktadır. Kadınların %38’inin 2-12 ay, %30.7’sinin 3 yıl ve daha fazla süredir meme kanseri tanısı aldığı saptandı. Kadınların kanser evresi incelendiğinde %31.3’ünün evre 2’de, %29.3’ünün evre 3’te olduğu saptandı. Kadınların yarısından fazlasında (%67.3) ailede kanser öyküsü olmadığı belirlendi. Kadınların neredeyse tamamına (%98) invaziv girişim yapıldı. Cerrahi tedavi sırasında uygulanan ameliyatın

tipine bakıldığında, total mastektomi oranı %40.7, modifiye radikal mastektomi oranı %57.0, radikal mastektomi oranı %2.3 olarak elde edildi. Mastektomi yapılan kadınların mastektomi tarafı incelendiğinde sol taraf mastektomi oranı %46, sağ taraf mastektomi oranı %48 olarak elde edilmiştir. Kadınların %82.7'sine göğüs rekonstrüksiyonu uygulanmadığı, %98.7'sinin kemoterapi, %58.7'sinin radyoterapi ve %47'sinin hormonal tedavi aldığı saptandı. Kadınların sadece %8'nin jinekolojik ameliyat öyküsü olduğu, büyük çoğunluğunun histerektomi (%92) ve ooferektomi (%93) olmadığı saptandı. Katılımcı kadınların postoperasyon süresi (ay) ortalaması 22.24 iken minimum değer 1.00 ve maksimum değer 180.00 olarak elde edildi. Kemoterapi seansının ortalama 12.03 ± 06.35 , radyoterapi sayısının ortalama 14.03 ± 13.02 gün, histerektomi sonrası geçen gün sayısının ortalama 7.20 ± 6.70 yıl ve ooferektomi sonrası geçen sürenin ortalama 6.39 ± 5.44 yıl olduğu saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kadınların tıbbi özgeçmişlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=300)

		n	%
Tanı alma süresi	2 - 12 Ay	114	38.0
	13-24 Ay	64	21.3
	25-36 Ay	30	10.0
	3 yıl ve daha fazla	92	30.7
Kanser evresi	Evre 1	58	19.4
	Evre 2	94	31.3
	Evre 3	88	29.3
	Evre 4	60	20.0
Ailede kanser öyküsü	Evet	98	32.7
	Hayır	202	67.3
Tanı amaçlı invaziv girişim	Evet	294	98.0
	Hayır	6	2.0
Uygulanan ameliyatın tipi	Total mastektomi	122	40.7
	Modifiye radikal mastektomi	171	57.0
	Radikal mastektomi	7	2.3
Mastektomi tarafı	Sol taraf mastektomi	138	46.0
	Sağ taraf mastektomi	144	48.0
	Bilateral mastektomi	18	6.0
Meme rekonstrüksiyonu	Evet	52	17.3
	Hayır	248	82.7
Kemoterapi	Evet	296	98.7
	Hayır	4	1.3
Radyoterapi	Evet	176	58.7
	Hayır	124	41.3
Hormonal tedavi	Evet	141	47.0
	Hayır	159	53.0
Jinekolojik ameliyat öyküsü	Var	24	8.0
	Yok	276	92.0
Histerektomi	Evet	21	7.0
	Hayır	279	93.0
Ooferektomi	Evet	17	5.7
	Hayır	283	94.3
	Ort±SS	Ortanca	Min- Max

Postoperasyon süresi (ay)	22.40 ± 27.84	12.00	1.00- 180.0
Kemoterapi seansı	12.03 ± 06.35	12.00	0.00- 30.00
Radyoterapi seansı (Gün)	14.03 ± 13.02	20.00	0.00- 40.00
Histerektomi sonrası geçen süre (Yıl)	7.20 ± 6.70	5.50	1.00- 25.00
Oferoktomi sonrası geçen süre (Yıl)	6.39 ± 5.44	5.50	1.00- 21.00

Ort: ortalama, SS; standart sapma

4.1. Memelerin Rolü Öz-Kontrol Listesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 4.4' te Memelerin Rolü Öz- Kontrol Listesi Ölçeğine ait madde KGO ve KGİ skorlarına yer verildi. Ölçekteki tüm maddeler uzman görüşlerine göre puanlanmış olup, KGİ oranının 0.983 olduğu saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeği ölçek maddelerine ilişkin kapsam geçerlik indeksi skorları

Puanlar					
Madde no	4	3	2	1	KGO
1	8	2	0	0	1.00
2	9	1	0	0	0.90
3	7	2	1	0	1.00
4	10	0	0	0	1.00
5	10	0	0	0	1.00
6	8	2	0	0	1.00
KGİ skoru: 0.983					

KGİ: Kapsam geçerlik indeksi, KGO: Kapsam geçerlik ortalaması

AFA'da faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi metodu ve döndürme işlemi için de varimax yöntemi kullanıldı. Altı maddeden oluşan ölçeğin AFA sonucu tablo 4.5'te sunuldu. KMO değeri 0.907 ve Bartlett testi ki-kare değeri de 2574.48 ($p < 0.001$) olarak elde edildi. Bu değerler veri setinin faktör analizi için uygunluğunu ortaya koymaktadır. Altı maddeden oluşan ölçeğin Extraction değerlerinin tamamının 0.3 ve üzerinde (235), Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.5'in üzerinde olduğu belirlendi (236). Analiz sonucunda tek faktörlü bir yapı ortaya çıktığı saptandı. A3 olarak adlandırılan "Mükemmel şekilli memelere sahip olmanın kadın fiziğinin vazgeçilmez bir ögesi olduğunu düşünme" maddesinin 0.959'luk faktör yükü ile en etkili madde olduğu görülmektedir. Toplamda tek faktör ile toplam varyansın %85.243'lük kısmı açıklanmaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeğine ait AFA sonuçları

	Kadınlar İçin Memelerin Önemi	Extraction (Çıkarım)	Anti-image korelasyon katsayısı
A3	0.959	0.919	0.864
A4	0.957	0.916	0.858
A5	0.952	0.907	0.918
A1	0.945	0.894	0.951
A6	0.939	0.882	0.926
A2	0.773	0.597	0.950
Özdeğer	5.115		
VAO	85.243		
KVAO	85.243		

VAO: Varyans açıklama oranı, KVAO: Kümülatif varyans açıklama oranı, K-M-O=0.907; Bartlett's Testi ($X^2= 2574.48$; $p<0.001$)

MRÖKL ölçeğine ait DFA sonucu Tablo 4.6'da yer almaktadır. DFA'da çalışmaya başlamadan önce verilerle ilgili tüm sorunlar (uç değerler, basık ve çarpık değerler, eksik veri vb) giderilmelidir. Maksimum olabilirlik kullanılabilmesi için verilerin normal dağılıma uygun olması gerekmektedir. Yapılan Multivariate normallik testinde kritik değerin 78.845 olduğu belirlendi. Bu değerin 10'un altında olması mükemmel bir sonuç iken 20'ye kadar genellikle sorun teşkil etmediği belirtilmektedir (237). Sonuç 20'nin üzerinde olduğundan çoklu normallik varsayımı sağlanmadı. Bu sebeple hesaplama yöntemi olarak Bootstrap Maximum likelihood (BML) kullanıldı ve Bootstrap analizinde 5000 yeniden örneklem tercih edildi.

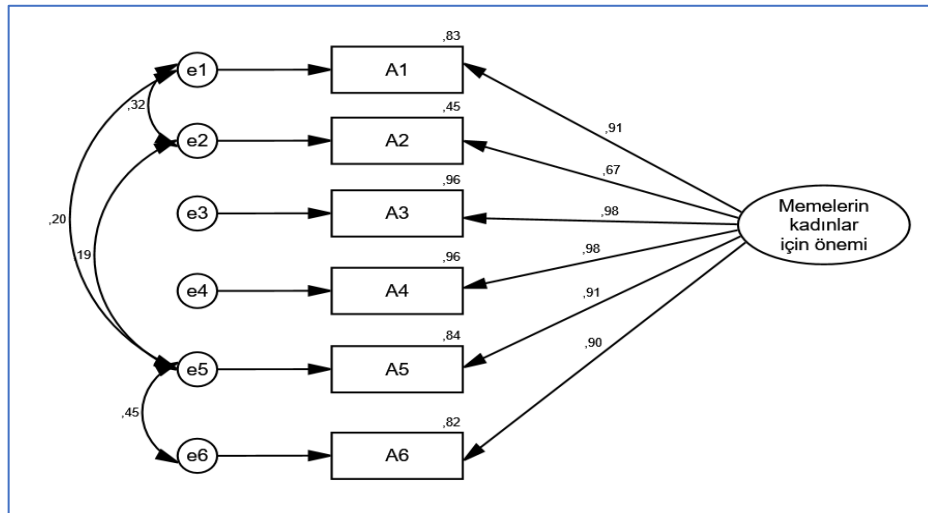
Toplam 6 madde ile oluşturulan tek faktörlü DFA sonucunda 4 farklı modifikasyon işlemi gerçekleştirildi ve uyum değerleri incelendiğinde CMIN/DF ($18.195/5$)= 3.639, GFI= 0.981, IFI= 0.995, TLI= 0.985, CFI= 0.995, RMSEA= 0.094, SRMR= 0.013 olarak elde edildi. Ayrıca maddelere ait tüm yol katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$). DFA sonuçlarına göre MRÖKL ölçeği uyum iyiliği indekslerine bakıldığında, CMIN/DF ve RMSEA değerinin kabul edilebilir uyum, GFI, IFI, TLI VE CFI değerlerinin iyi uyum gösterdiği tespit edildi. "A3 olarak adlandırılan" Mükemmel şekilli memelere sahip olmanın kadın fiziğinin vazgeçilmez bir ögesi olduğunu düşünme" ve A4 olarak adlandırılan "Kadınların mükemmel şekilli memelere sahip olması gerektiğini düşünme" maddelerinin 0.98'lik katsayı ile en etkili değişkenler olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeğine ait DFA sonuçları

			β^1 (%95 Güven aralığı)*	β^2 (%95 Güven aralığı)*	S. hata	P
A1	<---	MRÖKL	0.911 (0.866 – 0.949)	1 (1 - 1)		
A2	<---	MRÖKL	0.670 (0.591 – 0.74)	0.679 (0.602 – 0.749)	0.038	<0.001
A3	<---	MRÖKL	0.979 (0.963 – 0.991)	1.056 (1.015 – 1.107)	0.023	<0.001
A4	<---	MRÖKL	0.980 (0.969 – 0.99)	1.07 (1.029 – 1.123)	0.024	<0.001
A5	<---	MRÖKL	0.914 (0.87 – 0.951)	1.025 (0.973 – 1.076)	0.026	<0.001
A6	<---	MRÖKL	0.904 (0.863 – 0.939)	1.049 (0.998 – 1.104)	0.027	<0.001

β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, *Bootstrap %95 güven aralığı, CMIN/DF (18.195/5)=3.639, GFI=0.981, IFI=0.995, TLI=0.985, CFI=0.995, RMSEA=0.094, SRMR=0.013

MRÖKL ölçeği için uygulanan DFA sonucunda oluşturulan modelde standartlaştırılmış yol kat sayıları yer almaktadır (Şekil 4.1). Yapısal eşitlik modellemesi sonucunda tek faktör için tüm yol kat sayılarının anlamlı olduğu (Şekil 4.1) ve uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeylerde olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Ölçek 1 faktör 6 maddeden oluşmaktadır. Tek faktörlü modelde yapılan modifikasyonlarla iyileştirme sağlandı ve maddeler arasındaki hata terimlerinde kovaryanslar oluşturuldu (e1-e2; e5-e6; e2-e5; e1-e5) (Şekil 4.1).

**Şekil 4.1.** Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları

MRÖKL ölçeğine ait Cronbach's alfa katsayısı yüksek güvenilirlik düzeyinde ($\alpha=0.965$), madde toplam korelasyon katsayıları 0.7 ve üzeri olarak elde edildi (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Memelerin rolü öz-kontrol listesi ölçeğine ait güvenirlik sonuçları

Maddeler	Ortalama	S. sapma	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa
A1	4.567	2.272	0.919	0.955	0.965
A2	4.473	2.099	0.700	0.976	
A3	4.693	2.234	0.936	0.953	
A4	4.657	2.260	0.933	0.953	
A5	4.503	2.330	0.928	0.954	
A6	4.243	2.402	0.909	0.956	

4.2. Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 4.8'de ÖSMRÖ'ye ait madde KGO ve KGİ skorlarına yer verildi. Ölçekteki tüm maddeler uzman görüşlerine göre puanlanmış olup, KGİ hesaplandı ve bu oranın 0.900 olduğu saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeği ölçek maddelerine ilişkin kapsam geçerlik indeksi skorları

Puanlar					
Madde no	4	3	2	1	KGO
1	7	3	0	0	1.00
2	7	3	0	0	1.00
3	6	4	0	0	1.00
4	6	2	2	0	0.80
5	6	3	1	0	0.90
6	8	1	1	0	0.90
7	4	3	1	2	0.70
8	7	2	0	1	0.90
KGİ skoru: 0.900					

KGİ: Kapsam geçerlik indeksi, KGO: Kapsam geçerlik ortalaması

Tedavi süreci ve tedavi sonrası ÖSMRÖ'ye ait AFA'da faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi metodu ve döndürme işlemi için de varimax yöntemi kullanıldı. Faktör oluşturmada fix faktör kullanılmış olup tek boyut olarak değerlendirildi (236). Tedavi sürecinde ÖSMRÖ'ye ait AFA incelendiğinde (Tablo 4.9); Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.5'in üzerinde olması gereklidir (236). Madde 2'nin anti image korelasyon katsayısı 0.462 olarak elde edildiğinden ölçekten çıkarıldı. Tekrarlanan analiz sonucunda madde 1'in Extraction değeri 0.003 olarak, 0.3'ten düşük elde edildiğinden ölçekten çıkarıldı (235). Bu maddeler çıkarıldıktan sonra tek faktörlü bir yapı elde edildi. KMO değeri 0.720 ve Bartlett testi ki-kare değeri de 1364.057 ($p < 0.001$) olarak elde edildi. Bu değerler veri setinin faktör analizi için

uygunluğunu ortaya koymaktadır. Altı maddeden oluşan ölçeğin Extraction değerlerinin tamamının 0.4 ve üzerinde olduğu ve Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.6'nın üzerinde olduğu belirlendi (236). Toplamda tek faktör ile toplam varyansın %61.9'luk kısmı açıklanmaktadır (Tablo 4.9).

Tedavi sonrası ÖSMRÖ'ye ait AFA incelendiğinde; Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.5'in üzerinde olması gereklidir. Madde 1 ve madde 2'nin anti image korelasyon katsayısı 0.489 ve 0.465 olarak elde edildiğinden ölçekten çıkarıldı (235). Madde 1 ve madde 2'nin çıkarılması ile elde edilen AFA sonuçları tablo 4.9'da sunuldu. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra tek faktörlü bir yapı elde edildi. KMO değeri 0.743 ve Bartlett testi ki-kare değeri de 1579.863 ($p < 0.001$) olarak elde edildi. Bu değerler veri setinin faktör analizi için uygunluğunu ortaya koymaktadır. Altı maddeden oluşan ölçeğin Extraction değerlerinin tamamının 0.7 ve üzerinde olduğu ve Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.6'in üzerinde olduğu belirlendi. Toplamda tek faktör ile toplam varyansın %64.47'lik kısmı açıklanmaktadır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Tedavi süreci ve sonrasında ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait AFA sonuçları

	Ön sevişmede meme işlevi	Extraction (Çıkarım)	Anti-image korelasyon katsayısı
Tedavi Süreci	B3a	0.679	0.461
	B4a	0.788	0.620
	B5a	0.739	0.546
	B6a	0.847	0.717
	B7a	0.829	0.688
	B8a	0.829	0.688
	Özdeğer	3.719	
	VAO	61.990	
	KVAO	61.990	
Tedavi Sonrası	B6b	0.850	0.908
	B8b	0.832	0.827
	B7b	0.831	0.719
	B4b	0.810	0.842
	B5b	0.768	0.899
	B3b	0.718	0.881
	Özdeğer	3.868	
	VAO	64.470	
	KVAO	64.470	

VAO: Varyans açıklama oranı, KVAO: Kümülatif varyans açıklama oranı, Tedavi Süreci= K-M-O=0.720; Bartlett's Testi ($X^2 = 1364.057$; $p < 0.001$), Tedavi sonrası= K-M-O=0.736; Bartlett's Testi ($X^2 = 1579.863$; $p < 0.001$)

DFA'da çalışmaya başlamadan önce verilerle ilgili tüm sorunlar (uç değerler, basık ve çarpık değerler, eksik veri vb) giderilmelidir. Maksimum olabilirlik kullanılabilmesi için verilerin normal dağılıma uygun olması gerekmektedir. Tedavi

sürecinde ÖSMRÖ'ye ait DFA sonucuna göre; Yapılan Multivariate normallik testinde kritik değerin 13.932 olduğu belirlendi. Bu değerin 10'un altında olması mükemmel bir sonuç iken 20'ye kadar genellikle sorun teşkil etmediği belirtilmektedir (237). Çoklu normallik varsayımı sağlandığı için hesaplama yöntemi olarak ML kullanıldı. Toplamda 6 maddeli tek faktörlü olarak gerçekleştirilen DFA sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.10'da sunulmaktadır. Model uyum indeksleri CMIN/DF (14.899/5)=2.98, GFI=0.984, IFI=0.993, TLI=0.978, CFI=0.993, RMSEA=0.081, SRMR=0.016 olarak elde edildi. Maddelere ait yol katsayılarının tamamı istatistiksel olarak anlamlı elde edildi ($p<0.001$). DFA sonuçlarına göre tedavi süreci ÖSMRÖ uyum iyiliği indekslerine bakıldığında, CMIN/DF ve RMSEA değerlerinin kabul edilebilir uyum, GFI, IFI, TLI VE CFI değerlerinin ise iyi uyum gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.10).

Tedavi sonrasında ÖSMRÖ'ye ait DFA sonucuna göre; Yapılan Multivariate normallik testinde kritik değerin 14.416 olduğu belirlendi. Bu değerin 10'un altında olması mükemmel bir sonuç iken 20'ye kadar genellikle sorun teşkil etmediği yapılan çalışmalarda ortaya konmaktadır. Çoklu normallik varsayımı sağlandığı için hesaplama yöntemi olarak ML kullanıldı.

Toplamda 6 maddeli tek faktörlü olarak gerçekleştirilen DFA sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.10'da sunuldu. Model uyum indeksleri CMIN/DF (12.141/5)=2.428, GFI=0.987, IFI=0.996, TLI=0.986, CFI=0.995, RMSEA=0.069, SRMR=0.022 olarak elde edildi. CMIN/DF, GFI, IFI, TLI ve CFI değerlerinin iyi uyum gösterdiği, RMSEA değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu belirlendi. Maddelere ait yol katsayılarının tamamı istatistiksel olarak anlamlı elde edildi ($p<0.001$) (Tablo 4.10).

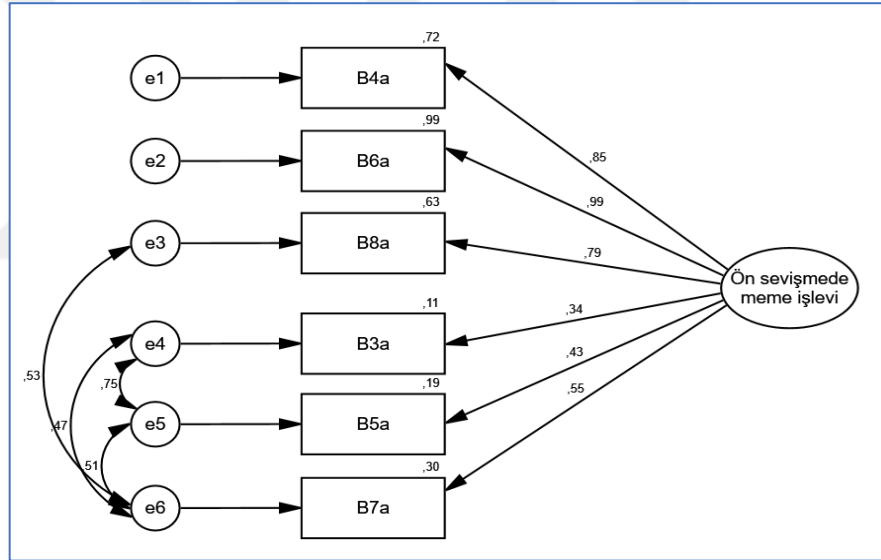
Tablo 4.10. Tedavi süreci ve sonrasında ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait DFA sonuçları

				$\beta 1$ (%95 Güven aralığı)*	$\beta 2$ (%95 Güven aralığı)*	S. hata	Test ist.	p
	B4a	<---	F1	0.851	1			
	B6a	<---	F1	0.993	1.166	0.051	22.838	<0.001
Tedavi	B8a	<---	F1	0.791	0.899	0.052	17.365	<0.001
Süreci	B3a	<---	F1	0.338	0.391	0.065	6.02	<0.001
	B5a	<---	F1	0.432	0.483	0.061	7.895	<0.001
	B7a	<---	F1	0.545	0.609	0.059	10.361	<0.001
	B4b	<---	F1	0.896	1.000			
	B6b	<---	F1	0.992	1.105	0.039	27.986	<0.001
Tedavi	B8b	<---	F1	0.799	0.837	0.044	19.015	<0.001
sonrası	B3b	<---	F1	0.376	0.416	0.061	6.832	<0.001

B5b	<---	F1	0.443	0.472	0.057	8.242	<0.001
B7b	<---	F1	0.565	0.585	0.053	11.112	<0.001

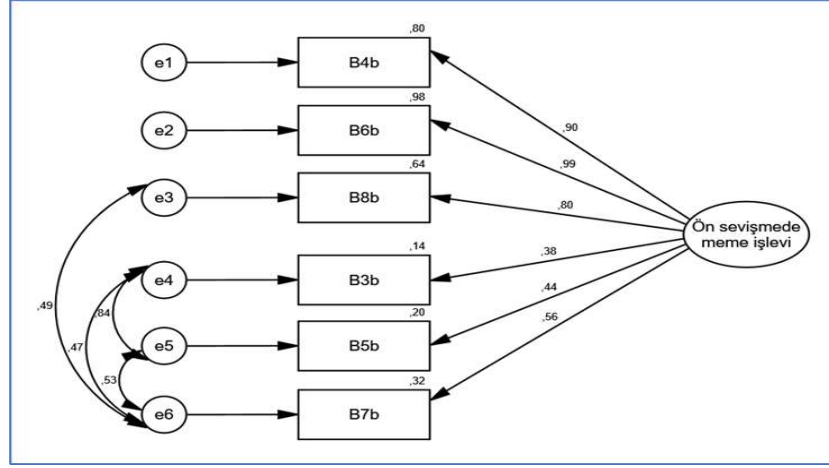
β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, Tedavi süreci: CMIN/DF (14.899/5)=2.98, GFI=0.984, IFI=0.993, TLI=0.978, CFI=0.993, RMSEA=0.081, SRMR=0.016. Tedavi sonrası: CMIN/DF (12.141/5)=2.428, GFI=0.987, IFI=0.996, TLI=0.986, CFI=0.995, RMSEA=0.069, SRMR=0.022

Tedavi sürecinde ÖSMRÖ için uygulanan DFA sonucunda oluşturulan modelde standartlaştırılmış (Şekil 4.2) yol kat sayıları yer almaktadır. Yapısal eşitlik modellemesi sonucunda tek faktör için tüm yol kat sayılarının anlamlı olduğu (Şekil 4.2) ve uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeylerde olduğu belirlendi (Tablo 4.10). Ölçek tek faktör 6 maddeden oluşmaktadır. Tek faktörlü modelde yapılan modifikasyonlarla iyileştirme sağlandı ve maddeler arasındaki hata terimlerinde kovaryanslar oluşturuldu (e4-e5; e5-e6; e4-e6; e3-e6) (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Tedavi sürecinde ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları

Tedavi sonrası ÖSMRÖ için uygulanan DFA sonucunda oluşturulan modelde standartlaştırılmış yol kat sayıları verilmektedir (Şekil 4.3). Yapısal eşitlik modellemesi sonucunda tek faktör için tüm yol kat sayılarının anlamlı olduğu (Şekil 4.3) ve uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeylerde olduğu belirlendi (Tablo 4.10). Ölçek 1 faktör 6 maddeden oluşmaktadır. Tek faktörlü modelde yapılan modifikasyonlarla iyileştirme sağlandı ve maddeler arasındaki hata terimlerinde kovaryanslar oluşturuldu (e4-e5; e5-e6; e4-e6; e3-e6). (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Tedavi Sonrası ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları

Tedavi sürecinde ve sonrasında ÖSMRÖ'ye ait güvenirlik sonuçları Tablo 4.11'de yer almaktadır. Tedavi sürecinde ÖSMRÖ'ye ait Cronbach's alfa katsayısı yüksek güvenirlik düzeyinde ($\alpha = 0.876$), madde toplam korelasyon katsayıları 0.5 ve üzeri olarak elde edildi. Tedavi sonrası ÖSMRÖ'ye ait Cronbach's alfa katsayısı yüksek güvenirlik düzeyinde ($\alpha = 0.889$), madde toplam korelasyon katsayıları 0.6 ve üzeri olarak elde edildi (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Tedavi süreci ve sonrasında ön sevişme sırasında memelerin rolü ölçeğine ait güvenirlik sonuçları

		Ortala ma	S. sapma	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa
Tedavi süreci	B3	4.410	2.374	0.566	0.874	0.876
	B4	4.063	2.407	0.672	0.856	
	B5	4.250	2.290	0.641	0.861	
	B6	3.787	2.407	0.749	0.842	
	B7	3.313	2.314	0.737	0.845	
	B8	3.123	2.328	0.720	0.848	
Tedavi sonrası	B3	4.257	2.392	0.612	0.884	0.889
	B4	3.873	2.417	0.706	0.869	
	B5	4.033	2.307	0.679	0.873	
	B6	3.650	2.415	0.759	0.860	
	B7	3.140	2.281	0.743	0.863	
	B8	3.003	2.270	0.733	0.865	

4.3. Meme Kanseri Kadınlar İçin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 4.12'de MKK- KCIÖ'ye ait madde KGO ve KGI skorlarına yer verildi. Ölçekteki tüm maddeler uzman görüşlerine göre puanlanmış olup, KGI hesaplandı ve bu oranın 0.993 olduğu saptandı.

Tablo 4.12. Meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeği ölçek maddelerine ilişkin kapsam geçerlik indeksi skorları

Puanlar					
Madde no	4	3	2	1	KGO
1	8	2	0	0	1.00
2	8	2	0	0	1.00
3	9	1	0	0	1.00
4	8	1	1	0	0.90
5	10	0	0	0	1.00
6	9	1	0	0	1.00
7	9	1	0	0	1.00
8	8	2	0	0	1.00
9	9	1	0	0	1.00
10	9	1	0	0	1.00
11	9	1	0	0	1.00
12	9	1	0	0	1.00
13	9	1	0	0	1.00
14	9	1	0	0	1.00
15	9	1	0	0	1.00
16	9	1	0	0	1.00
KGİ skoru: 0.993					

KGİ: Kapsam geçerlik indeksi, KGO: Kapsam geçerlik ortalaması

Tedavi süreci ve sonrasında MKK- KCIÖ'ye ilişkin AFA'da faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi metodu ve döndürme işlemi için de varimax yöntemi kullanıldı.

Tedavi sürecinde MKK-KCIÖ'ye ait AFA sonuçları Tablo 4.13'te yer almaktadır. Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.5'in üzerinde olması gereklidir (236). Madde 5, anti image korelasyon katsayısı 0.476 olarak elde edildiğinden, madde 13 ve 14 ise extraction değerleri 0.3'ten düşük olduğundan ölçekten çıkarıldı. Madde 15 ise tek bir faktör altında yer aldığı için ölçekten çıkarıldı. Madde 5, madde 13, madde 14 ve madde 15' in çıkarılması ile elde edilen AFA sonuçları tablo 4.13'te sunulmaktadır. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra iki faktörlü bir yapı elde edildi. KMO değeri 0.894 ve Bartlett testi ki-kare değeri de 5515.64 ($p < 0.001$) olarak elde edildi. Bu değerler veri setinin faktör analizi için uygunluğunu ortaya koymaktadır. On iki maddeden oluşan ölçeğin Extraction değerlerinin tamamının 0.3 ve üzerinde olduğu (235) ve Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.5'in üzerinde olduğu belirlendi (236). Toplamda iki faktör ile toplam varyansın %78.755'lik kısmı açıklanmaktadır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13'te tedavi sonrası MKK- KCIÖ'ye ait AFA sonuçları verilmektedir. Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.5'in üzerinde olması gereklidir (236). Madde 5'in anti image korelasyon katsayısı 0.337 olduğundan ve madde 15'in extraction değeri 0.133 olarak elde edildiğinden ölçekten çıkarıldı. Madde

13 ve 14 ise tek faktör altında sadece iki madde olarak yer aldığından ölçekten çıkarıldı. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra iki faktörlü bir yapı elde edildi. KMO değeri 0.879 ve Bartlett testi ki-kare değeri de 4393.372 ($p<0.001$) olarak elde edildi. Bu değerler veri setinin faktör analizi için uygunluğunu ortaya koymaktadır. On iki maddeden oluşan ölçeğin Extraction değerlerinin tamamının 0.3 ve üzerinde olduğu (235) ve Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin tamamının 0.5'in üzerinde olduğu belirlendi (237). Toplamda iki faktör ile toplam varyansın %75.105'lik kısmı açıklanmaktadır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Tedavi süreci ve sonrasında meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait AFA sonuçları

		Cinsel Yanıt	Cinsel İstek	Extraction (Çıkarım)	Anti-image korelasyon katsayısı
Tedavi süreci	C9a	0.874		0.831	0.926
	C8a	0.870		0.837	0.840
	C10a	0.860		0.852	0.950
	C7a	0.839		0.776	0.857
	C11a	0.832		0.810	0.840
	C12a	0.830		0.814	0.861
	C16a	0.573		0.364	0.944
	C2a		0.939	0.963	0.878
	C3a		0.936	0.964	0.874
	C1a		0.916	0.932	0.941
	C4a		0.907	0.928	0.948
	C6a		0.553	0.380	0.961
	Özdeğer	5.118	4.333		
	VAO	42.649	36.105		
	KVAO	42.649	78.755		
Tedavi sonrası	C10b	0.898		0.842	0.875
	C9b	0.867		0.786	0.942
	C11b	0.867		0.799	0.788
	C12b	0.848		0.771	0.864
	C8b	0.834		0.751	0.862
	C7b	0.801		0.701	0.870
	C16b	0.570		0.359	0.978
	C3b		0.942	0.944	0.874
	C2b		0.934	0.922	0.847
	C1b		0.928	0.911	0.893
	C4b		0.913	0.879	0.928
	C6b		0.552	0.346	0.980
	Özdeğer	4.934	4.079		
	VAO	41.114	33.991		
	KVAO	41.114	75.105		

VAO: Varyans açıklama oranı, KVAO: Kümülatif varyans açıklama oranı, Tedavi süreci: K-M-O=0.894; Bartlett's Testi ($X^2= 5515.64$; $p<0.001$), Tedavi sonrası: K-M-O=0.879; Bartlett's Testi ($X^2= 4393.372$; $p<0.001$)

DFA'da çalışmaya başlamadan önce verilerle ilgili tüm sorunlar (uç değerler, basık ve çarpık değerler, eksik veri vb) giderilmelidir. Maksimum olabilirlik

kullanılabilmesi için verilerin normal dağılıma uygun olması gerekmektedir (237). Tedavi sürecinde MKK- KCIÖ'ye ait DFA sonucu Tablo 4.14' te yer almaktadır. Yapılan Multivariate normallik testinde kritik değerin 101.431 olduğu belirlendi. Bu değerin 10'un altında olması mükemmel bir sonuç iken 20'ye kadar genellikle sorun teşkil etmediği belirtilmektedir (237). Sonuç 20'nin üzerinde olduğundan çoklu normallik varsayımı sağlanmadı. Bu sebeple hesaplama yöntemi olarak BML kullanıldı ve Bootstrap analizinde 5000 yeniden örneklem tercih edildi (Tablo 4.14).

Toplam 12 madde ile oluşturulan birinci düzey DFA sonucunda 5 farklı modifikasyon işlemi gerçekleştirildi ve uyum değerleri incelendiğinde CMIN/DF (180.168/48)=3.753, GFI=0.908, IFI=0.976, TLI=0.967, CFI=0.979, RMSEA=0.096, SRMR=0.083 olarak elde edildi. CMIN/DF, GFI, IFI, TLI ve CFI değerlerinin iyi uyum gösterdiği, RMSEA değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu saptandı. Ayrıca maddelere ait tüm yol katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4.14).

Tedavi sonrası MKK- KCIÖ'ye ait DFA sonucu Tablo 4.14'te yer almaktadır. Yapılan Multivariate normallik testinde kritik değerin 75.438 olduğu belirlendi. Bu değerin 10'un altında olması mükemmel bir sonuç iken 20'ye kadar genellikle sorun teşkil etmediği belirtilmektedir (237). Sonuç 20'nin üzerinde olduğundan çoklu normallik varsayımı sağlanmadı. Bu sebeple hesaplama yöntemi olarak BML kullanılmıştır ve Bootstrap analizinde 5000 yeniden örneklem tercih edildi (Tablo 4.14).

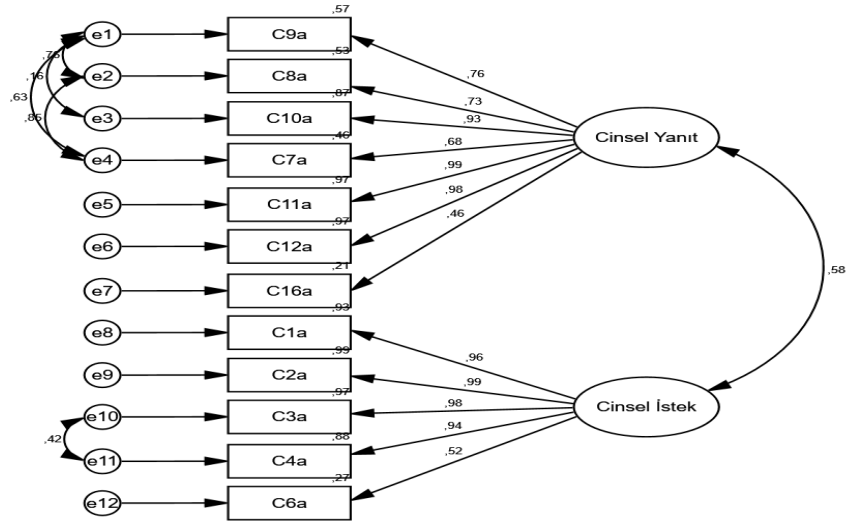
Toplam 12 madde ile oluşturulan birinci DFA sonucunda 5 farklı modifikasyon işlemi gerçekleştirildi ve uyum değerleri incelendiğinde CMIN/DF (156.616/48)=3.305, GFI=0.917, IFI=0.975, TLI=0.965, CFI=0.975, RMSEA=0.088, SRMR=0.082 olarak elde edildi. CMIN/DF, GFI, IFI, TLI ve CFI değerlerinin iyi uyum gösterdiği, RMSEA değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu saptandı. Maddelere ait tüm yol katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Tedavi süreci ve sonrasında meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait DFA sonuçları

				β^1 (%95 Güven aralığı)*	β^2 (%95 Güven aralığı)*	S. hata	P
Tedavi süreci	C16a	<--	F1	0.458 (0.349 – 0.56)	0.65 (0.496 – 0.804)	0.054	<0.001
	C9a	<--	F1	0.757 (0.671 – 0.827)	1 (1 - 1)	0.040	<0.001
	C8a	<--	F1	0.727 (0.645 – 0.797)	1.006 (0.951 – 1.07)	0.039	<0.001
	C10a	<--	F1	0.935 (0.885 – 0.971)	1.247 (1.121 – 1.421)	0.022	<0.001
	C7a	<--	F1	0.679 (0.586 – 0.761)	0.964 (0.886 – 1.046)	0.045	<0.001
	C11a	<--	F1	0.987 (0.98 – 0.994)	1.316 (1.175 – 1.512)	0.004	<0.001
	C12a	<--	F1	0.982 (0.968 – 0.993)	1.279 (1.138 – 1.466)	0.007	<0.001
	C1a	<--	F2	0.963 (0.941 – 0.982)	1 (1 - 1)	0.011	<0.001
	C2a	<--	F2	0.993 (0.984 – 0.999)	1.019 (0.982 – 1.064)	0.004	<0.001
	C3a	<--	F2	0.985 (0.975 – 0.993)	1.003 (0.959 – 1.054)	0.005	<0.001
	C4a	<--	F2	0.941 (0.888 – 0.98)	0.934 (0.849 – 1.01)	0.024	<0.001
	C6a	<--	F2	0.516 (0.421 – 0.607)	0.592 (0.484 – 0.693)	0.048	<0.001
Tedavi sonrası	C16b	<--	F1	0.469 (0.358 – 0.567)	0.744 (0.578 – 0.912)	0.053	<0.001
	C9b	<--	F1	0.71 (0.625 – 0.784)	1 (1 - 1)	0.041	<0.001
	C8b	<--	F1	0.643 (0.548 – 0.728)	0.969 (0.87 – 1.065)	0.046	<0.001
	C10b	<--	F1	0.923 (0.877 – 0.959)	1.35 (1.2 – 1.552)	0.021	<0.001
	C7b	<--	F1	0.604 (0.503 – 0.696)	0.876 (0.76 – 0.983)	0.049	<0.001
	C11b	<--	F1	0.989 (0.981 – 0.996)	1.446 (1.278 – 1.673)	0.004	<0.001
	C12b	<--	F1	0.958 (0.926 – 0.983)	1.386 (1.217 – 1.607)	0.014	<0.001
	C1b	<--	F2	0.954 (0.93 – 0.975)	1 (1 - 1)	0.012	<0.001
	C2b	<--	F2	0.969 (0.926 – 0.992)	1.026 (0.977 – 1.08)	0.018	<0.001
	C3b	<--	F2	0.965 (0.949 – 0.979)	1.031 (0.984 – 1.086)	0.008	<0.001
	C4b	<--	F2	0.899 (0.834 – 0.95)	0.967 (0.886 – 1.04)	0.030	<0.001
	C6b	<--	F2	0.488 (0.381 – 0.592)	0.504 (0.391 – 0.619)	0.054	<0.001

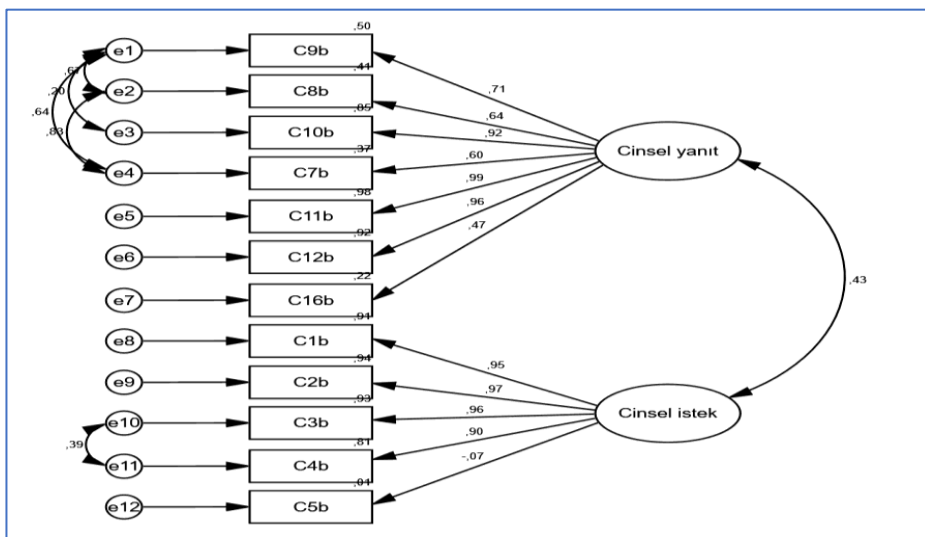
β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, *Bootstrap %95 güven aralığı, Tedavi süreci: CMIN/DF (180.168/48)=3.753, GFI=0.908, IFI=0.976, TLI=0.967, CFI=0.979, RMSEA=0.096, SRMR=0.083, Tedavi sonrası: CMIN/DF (156.616/48)=3.305, GFI=0.917, IFI=0.975, TLI=0.965, CFI=0.975, RMSEA=0.088, SRMR=0.082

Tedavi sürecinde MKK- KCIÖ'ye ilişkin DFA sonucunda oluşturulan modelde standartlaştırılmış (Şekil 4.4) yol kat sayıları yer almaktadır. Yapısal eşitlik modellemesi sonucunda iki faktör için de tüm yol kat sayılarının anlamlı olduğu (Şekil 4.4) ve uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeylerde olduğu belirlendi (Tablo 4.14). Ölçek 2 faktör 12 maddeden oluşmaktadır. İki faktörlü modelde yapılan modifikasyonlarla iyileştirme sağlandı ve maddeler arasındaki hata terimlerinde kovaryanslar oluşturuldu (e1-e2; e1-e4; e2-e4; e1-e3; e10-e11) (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Tedavi sürecinde meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları

Tedavi sonrasında MKK-KCİÖ'ye ilişkin DFA sonucunda oluşturulan modelde standartlaştırılmış (Şekil 4.5) yol kat sayıları yer almaktadır. Yapısal eşitlik modellemesi sonucunda iki faktör için tüm yol kat sayılarının anlamlı olduğu (Şekil 4.5) ve uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeylerde olduğu belirlendi (Tablo 4.14). Ölçek 2 faktör 12 maddeden oluşmaktadır. İki faktörlü modelde yapılan modifikasyonlarla iyileştirme sağlandı ve maddeler arasındaki hata terimlerinde kovaryanslar oluşturuldu (e1-e2; e1-e4; e2-e4; e1-e3; e10-e11) (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Tedavi sonrası meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait standartlaştırılmış yol katsayıları

Tedavi sürecinde MKK-KCİÖ'ye ait güvenilirlik sonuçları Tablo 4.15'te yer almaktadır. Ölçeğin faktör 1'e ve faktör 2'ye ait Cronbach's alfa katsayısı (Faktör 1 $\alpha=0.941$, faktör 2 $\alpha=0.939$) yüksek güvenilirlikte, madde toplam korelasyon katsayıları 0.3 ve üzeri olarak elde edildi. Tukey toplanabilirlik testine göre ölçeğin toplanabilir bir yapıda olmadığı ve her bir faktörün kendi içerisinde değerlendirilmesi gerektiği bulundu ($F=11.785$; $p<0.001$) (Tablo 4.15). Tedavi sonrası MKK- KCİÖ'ne ait güvenilirlik sonuçları Tablo 4.15'te verildi. Ölçeğin faktör 1'e ve faktör 2'ye ait Cronbach's alfa katsayısı (Faktör 1 $\alpha=0.929$, faktör 2 $\alpha=0.931$) yüksek güvenilirlikte, madde toplam korelasyon katsayıları 0.3 ve üzeri olarak elde edildi. Tukey toplanabilirlik testine göre ölçeğin toplanabilir bir yapıda olmadığı ve her bir faktörün kendi içerisinde değerlendirilmesi gerektiği bulundu ($F=39.361$; $p<0.001$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Tedavi süreci ve sonrasında meme kanseri kadınlar için kadın cinsel işlev ölçeğine ait güvenirlik sonuçları

	Ortalama	S. sapma	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa
Tedavi süreci	C7a	5.160	1.816	0.826	0.931
	C8a	5.217	1.772	0.871	0.926
	C9a	5.223	1.718	0.867	0.927
	C10a	5.120	1.707	0.883	0.926
	C11a	5.140	1.706	0.850	0.928
	C12a	5.173	1.665	0.855	0.928
	C16a	5.213	1.816	0.522	0.958
Cinsel istek	C1a	5.417	1.764	0.919	0.910
	C2a	5.440	1.744	0.945	0.905
	C3a	5.460	1.730	0.944	0.906
	C4a	5.517	1.687	0.920	0.910
	C6a	4.470	1.948	0.519	0.986
	C7b	4.617	1.751	0.774	0.918
Tedavi sonrası	C8b	4.590	1.820	0.811	0.915
	C9b	4.697	1.736	0.834	0.913
	C10b	4.560	1.765	0.867	0.909
	C11b	4.560	1.765	0.834	0.912
	C12b	4.537	1.747	0.816	0.914
	C16b	4.447	1.916	0.517	0.944
	C1b	4.743	0.908	0.908	0.898
Cinsel istek	C2b	4.720	0.914	0.914	0.897
	C3b	4.750	0.936	0.936	0.892
	C4b	4.773	0.882	0.882	0.903
	C6b	4.183	0.483	0.483	0.974
					0.931

Tablo 4.16’da verilen DFA analizi sonucunda, Memelerin Rolü Öz - Kontrol Listesi (A), Tedavi Sürecinde Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği’ne (Ba), Tedavi Sonrası Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği’ne (Bb), Tedavi Sürecinde Meme Kanserli Kadınlar için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği’ne (Ca) ve Tedavi Sonrasında Meme Kanserli Kadınlar için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği’ne (Cb) ilişkin uyum iyiliği kriterleri incelendiğinde, tüm faktörler için RMSEA, NFI, NNFI, CFI, SRMR, GFI ve AGFI değerlerinin tamamının iyi veya kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde yer aldığı, dolayısıyla tüm DFA sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir (Tablo 4.16).



Tablo 4.16. A, Ba, Bb, Ca, Cb Ölçeklerine ilişkin DFA uyum iyiliği kriterleri

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	A	Ba	Bb	Ca	Cb
RMSEA	$0 < \text{RMSEA} < 0.05$	$0.05 \leq \text{RMSEA} \leq 0.10$	0.094	0.081	0.069	0.096	0.088
CMIN/DF	≤ 3	$3 \leq \text{CMIN/DF} \leq 5$	3.639	2.98	2.42	3.753	3.305
TLI	$0.95 \leq \text{TLI} \leq 1$	$0.90 \leq \text{TLI} \leq 0.95$	0.98	0.97	0.98	0.96	0.96
CFI	$0.97 \leq \text{CFI} \leq 1$	$0.95 \leq \text{CFI} \leq 0.97$	0.99	0.99	0.99	0.97	0.97
SRMR	$0 \leq \text{SRMR} < 0.05$	$0.05 \leq \text{SRMR} \leq 0.10$	0.013	0.016	0.022	0.083	0.082
GFI	$0.95 \leq \text{GFI} \leq 1$	$0.90 \leq \text{GFI} \leq 0.95$	0.98	0.98	0.98	0.90	0.91
IFI	$0.95 \leq \text{IFI} \leq 1$	$0.90 \leq \text{IFI} \leq 0.95$	0.99	0.99	0.99	0.97	0.97

A=Memelerin Rolü Öz - Kontrol Listesi (A), Ba= Tedavi Sürecinde Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği, Bb= Tedavi Sonrası Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği, Ca=Tedavi Sürecinde Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Cb= Tedavi Sonrasında Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Tablo 4.17’de ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. Her bir ölçek 1 ile 7 arasında derecelendirilmiş bir Likert tipi puanlama sistemine sahiptir. Ölçekten elde edilen puan, her bir maddeye verilen puanların toplanarak madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Bu yöntem, bireyin genel puanını elde etmek için ortalama bir değer sunar. MRÖKL’den elde edilen puanların ortalaması 4.52 ± 2.09 olarak bulundu; ortanca değer 4.75, minimum değer 1.00 ve maksimum değer ise 7.00 olarak hesaplandı. Tedavi sürecinde ÖSMRÖ ilişkin puanların ortalaması 3.82 ± 1.85 olup, ortanca değer 3.83, minimum değer 1.00 ve maksimum değer 7.00 olarak gözlemlendi. Tedavi sonrası dönemde ÖSMRÖ’nün aynı değerlendirmede puanlarının ortalaması 3.66 ± 1.88 , ortanca değer 3.67, minimum değer 1.00 ve maksimum değer 7.00 olarak kaydedildi. Tedavi sürecinde ve sonrasında MKK- KCIÖ’nün Tukey toplanabilirlik testine göre toplanamaz yapıda olduğu görülmektedir. Her bir faktörün kendi içerisinde değerlendirilmesi gerektiği bulundu. MKK- KCIÖ’nün faktörlerine ilişkin bulgulara göre, tedavi sürecinde faktör 1 puanlarının ortalaması 5.18 ± 1.50 , ortanca değer 5.29, minimum değer 1.0 ve maksimum değer 7.00 olarak bulundu. Aynı ölçeğin faktör 2 puanlarında ise ortalama 5.26 ± 1.59 , ortanca değer 5.80, minimum değer 1.00 ve maksimum değer 7.00 olarak belirlendi. Tedavi sonrasında MKK- KCIÖ’nün faktör 1 puanlarının ortalaması 4.57 ± 1.50 , ortanca değer 4.57, minimum değer 1.00 ve maksimum değer 7.00 iken; faktör 2 puanlarının ortalaması 4.63 ± 1.68 , ortanca değer 4.70, minimum değer 1.00 ve maksimum değer 7.00 olarak saptandı (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Ortalama	S. sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
MRÖKL	300	4.52	2.09	4.75	1.00	7.00
Tedavi sürecinde ÖSMRÖ puanı	300	3.82	1.85	3.83	1.00	7.00
Tedavi sonrası ÖSMRÖ puanı	300	3.66	1.88	3.67	1.00	7.00
Tedavi sürecinde MKK-KCiÖ faktör 1 puanı	300	5.18	1.50	5.29	1.00	7.00
Tedavi sürecinde MKK-KCiÖ faktör 2 puanı	300	5.26	1.59	5.80	1.00	7.00
Tedavi sonrası MKK-KCiÖ faktör 1 puanı	300	4.57	1.50	4.57	1.00	7.00
Tedavi sonrası MKK-KCiÖ faktör 2 puanı	300	4.63	1.68	4.70	1.00	7.00

Ölçeklere ait test- tekrar test analizi bulguları Tablo 4.18’de yer almaktadır. İlk ve son test Tedavi sonrası MKK- KCIÖ Cinsel istek puanının dağılımları arasında bir fark vardır ($p=0.042$). İlk ve son test ortancaları 5.8 olarak elde edilmiştir. MKK- KCIÖ’de ortancalar eşit olmasına rağmen bir fark vardır. Bu fark negatif sıra sayısı 0 iken pozitif sıra sayısının 5 olmasıdır. Ortancalar eşit olduğundan bu farkın daha net görülmesi için pozitif ve negatif sıra sayıları verilmelidir. Negatif sıra sayısı ön testte göre son testte düşük puan elde edilen katılımcı sayısını verir iken pozitif sıra sayısı ise ön testte göre son testte yüksek puan elde edilen katılımcı sayısını vermektedir MKK- KCIÖ’den son testte elde edilen puanlar ilk teste göre daha yüksek elde edildi. MRÖKL ve ÖSMRÖ’den elde edilen ilk ve son test puanları farklılık göstermemektedir. MRÖKL ve ÖSMRÖ tedavi süreci, tedavi sonrası puanları ilk ve son testte değerler aynı elde edildiğinden sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK) değeri 1’dir. MKK-KCIÖ faktör 1 ve faktör 2 puanlarının ilk ve son testi arasında istatistiksel açıdan mükemmel uyum elde edildi ($p<0.001$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Test- tekrar test analizi bulguları

	İlk test	Son test	Test istatistiği	p*	SKK (%95 CI)	p
MRÖKL	4.67 (1 - 7)	4.67 (1 - 7)	0.000	1.000	1 (1 - 1)	---
Tedavi sürecinde ÖSMRÖ puanı	3.75 (1 - 7)	3.75 (1 - 7)	0.000	1.000	1 (1 - 1)	---
Tedavi sonrası ÖSMRÖ puanı	3.5 (1 - 7)	3.5 (1 - 7)	0.000	1.000	1 (1 - 1)	---
Tedavi sürecinde MKK-KCiÖ faktör 1 puanı	5.71 (1 - 7)	5.57 (1 - 7)	-1.604	0.109	0.998 (0.997 - 0.999)	<0.001
Tedavi sonrası MKK-KCiÖ faktör 1 puanı	5.8 (1 - 7)	5.8 (1 - 7)	-2.032	0.042	0.99 (0.982 - 0.995)	<0.001
Tedavi sürecinde MKK-KCiÖ faktör 2 puanı	5.14 (1 - 7)	5.21 (1 - 7)	-1.365	0.172	0.988 (0.977 - 0.993)	<0.001
Tedavi sonrası MKK-KCiÖ faktör 2 puanı	4.7 (1 - 7)	4.8 (1 - 7)	-1.897	0.058	0.984 (0.971 - 0.992)	<0.001

*Wilcoxon testi, SKK (%95 CI): Sınıf içi korelasyon katsayısı (%95 güven aralığı)

Ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 4.19’da yer almaktadır. Tedavi sürecinde ($r=0.176$; $p=0.002$) ve tedavi sonrasında ($r=0.143$; $p=0.013$) ÖSMRÖ puanı ile MRÖKL arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. Tedavi sonrası ÖSMRÖ ile tedavi sürecinde ÖSMRÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($r=0.837$; $p<0.001$). Tedavi sürecinde MKK-KCİÖ faktör 1 ve faktör 2 puanı ile MRÖKL puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır (faktör 1: $r=0.129$; $p=0.025$, faktör 2: $r=0.152$; $p=0.009$). Tedavi sonrası MKK-KCİÖ m faktör 1 puanı ile tedavi sonrası ÖSMRÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0.164$; $p=0.004$). Tedavi sonrası MKK-KCİÖ faktör 1 puanı ile tedavi sürecinde MKK-KCİÖ faktör 1 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0.589$; $p<0.001$).

Tedavi sürecinde MKK- KCİÖ faktör 2 puanı ile tedavi sürecinde MKK-KCİÖ faktör 1 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0.593$; $p<0.001$). Tedavi sürecinde MKK-KCİÖ faktör 2 puanı ile tedavi sonrası MKK-KCİÖ faktör 1 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0.304$; $p<0.001$). Tedavi sonrası MKK-KCİÖ faktör 2 puanı ile MRÖKL arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0.136$; $p=0.019$). Tedavi sonrası MKK-KCİÖ faktör 2 puanı ile tedavi sonrası ÖSMRÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0.123$; $p=0.033$). Tedavi sonrası MKK-KCİÖ faktör 2 puanı ile tedavi sürecinde MKK- KCİÖ faktör 1 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0.347$; $p<0.001$). Tedavi sonrası MKK- KCİÖ faktör 2 puanı ile tedavi sonrası MKK-KCİÖ faktör 1 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0.475$; $p<0.001$). Tedavi sonrası MKK- KCİÖ faktör 2 puanı ile tedavi sürecinde MKK-KCİÖ faktör 2 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0.573$; $p<0.001$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	MRÖKL	Tedavi sürecinde ÖSMRÖ puanı	Tedavi sonrası ÖSMRÖ puanı	Tedavi sürecinde MKK-KCiÖ faktör 1 puanı	Tedavi sonrası MKK-KCiÖ faktör 1 puanı	Tedavi sürecinde MKK-KCiÖ faktör 2 puanı
Tedavi sürecinde ÖSMRÖ puanı	r	0.176				
	p	0.002				
Tedavi sonrası ÖSMRÖ puanı	r	0.143	0.837			
	p	0.013	<0.001			
Tedavi sürecinde MKK-KCiÖ faktör 1 puanı	r	0.129	-0.018	-0.106		
	p	0.025	0.760	0.066		
Tedavi sonrası MKK-KCiÖ faktör 1 puanı	r	-0.026	-0.097	-0.164	0.589	
	p	0.648	0.095	0.004	<0.001	
Tedavi sürecinde MKK-KCiÖ faktör 2 puanı	r	0.152	0.019	-0.037	0.593	0.304
	p	0.009	0.738	0.523	<0.001	<0.001
Tedavi sonrası MKK-KCiÖ faktör 2 puanı	r	0.136	-0.066	-0.123	0.347	0.573
	p	0.019	0.254	0.033	<0.001	<0.001

r: Spearman' s rho korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Bu araştırma meme kanseri kadınlarda memelerin önemini, tedavi süreci ve sonrasında cinsel işlevi değerlendiren bir ölçme aracının Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. ECİÖ geçerlik ve güvenilirliklerine ilişkin psikometrik analizlerin değerlendirilmesi sonucunda ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yapılan analizler sonucu ortaya çıkan bulgulara yönelik tartışma gerçekleştirilmiştir.

5.1.Entegre Cinsel İşlev Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada ECİÖ alt ölçekleri olan MRÖKL, ÖSMRÖ ve MKK-KCİÖ'nün geçerliğini değerlendirmek amacıyla dil, kapsam ve yapı geçerliği yapıldı. Dil geçerliği kapsamında ölçeğin uzmanlar tarafından önce Türkçe'ye sonra İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. Ölçek kapsam geçerliğini değerlendirmek için 10 uzmanın görüşüne sunuldu, uzman görüşleri KGİ Skoru Davis tekniği ile hesaplandı. İçerik geçerliği bir değerlendirme aracının öğelerinin belirli bir değerlendirme amacı için hedeflenen yapıyla ne derece alakalı olduğu ve yapıyı temsil etme derecesi olarak tanımlanır (222). Yüksek içerik geçerliğine sahip bir ölçeğin kapsam geçerliğinin 0.80 veya 0.90'dan yüksek olması beklenmektedir (238, 239). Bu çalışmada MRÖKL, ÖSMRÖ ve MKK-KCİÖ'nün KGİ'leri önerilen referans aralıkları içerisinde bulunduğundan ölçek maddelerinin ölçülmek istenen özellikleri yeterli seviyede temsil ettiği belirlendi.

5.1.1 Memelerin Rolü Öz Kontrol Listesi Ölçeği' nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

MRÖKL ölçeği kadınların meme, fiziksel bütünlük, görünüm, kadının değeri ve cinsel zevkle ilgili öz değerlendirme arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Ülkemizde meme kanserli kadınlarda beden imajının değerlendirilmesinde “Meme Kanseri Sonrası Beden İmajı Ölçeği” (180) ve “Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Uyum ve Beden imajı Ölçeği” (181) kullanılmaktadır. Bu ölçekler meme kanserli kadınlarda beden imajını değerlendirmekte, kadın için memenin önemi ve öz değerini değerlendirme konusunda yetersiz kalmaktadır.

ECİÖ sadece meme kanserinin tıbbi yönlerine ilişkin bilgileri değil aynı zamanda MRÖKL Ölçeği ile toplum tarafından vurgulanan nesnelleştirme perspektifine de dikkat çekmektedir (9). Kadın memesi, kadınlar için ideal vücut standartlarını tanımlayan

toplumsal değerlerle yakından ilişkilidir. Yapılan çalışmalar, meme kanseri olan kadınların, memelerini kaybettikten sonra toplumda eleştirilmekten endişe duydukları ve fiziksel benliklerinin bir parçasını kaybetmenin stresiyle başa çıkmak zorunda kaldıklarını göstermektedir (240). Bunun yanında memeleri nesne olarak görmenin meme sağlığı ve kanser açısından olumlu sonuçlara yol açabileceği de belirtilmektedir (241). MRÖKL ölçeğinin kullanımı kadınların ve partnerlerinin memelere yönelik sosyal bakış açısını ortaya koymaya olanak sağlamaktadır.

Verilerin faktör analizine uygunluğunu tespit etmek, modeldeki her değişken ve modelin tamamı için örneklem yeterliliğini ölçmek için KMO katsayısı ve Bartlett Küresellik Testi kullanılmaktadır. KMO değerinin 0.8 ile 1.0 arasında yer alması örneklem yeterli olduğunu göstermektedir. Faktör analizinin yapılabilmesi için Bartlett Küresellik Testi' nin anlamlı olması gereklidir (231, 242, 243). Jeng ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin orijinalinde KMO değerinin 0.783 olduğu ve Bartlett'in küresellik testinin anlamlı olduğu ve bu nedenle örneklem faktör analizi için uygun olduğu belirtilmektedir (9). Mevcut çalışmada, MRÖKL ölçeğinin KMO değeri ve Bartlett Küresellik Testi değeri anlamlı olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu değerler örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli ve uygun olduğunu göstermektedir (242, 243). Bir maddenin faktör yükü, o madde ile bir faktör arasındaki korelasyon katsayısıdır. Faktör yükünün 0.30'dan yüksek olması gerektiği belirtilmektedir (242-244). Orijinal ölçeğin faktör yapısı incelendiğinde 1 faktör ve 6 maddeden oluşmaktadır. MRÖKL ölçeğine ait faktör yükleri incelendiğinde AFA sonucunda faktör yükü 0.30'dan düşük olan madde bulunmadığından dolayı madde çıkarma işlemi yapılmamıştır. Ölçek orijinal formunda olduğu gibi Türkçe uyarlamasında da 1 faktör ve 6 maddeden oluşmuş ve faktörün öz değerinin 1.00'in üzerinde olduğu bulunmuştur.

Literatürde, çok faktörlü ölçeklerde açıklanan varyansın %60'ın üzerinde olmasının, yapı geçerliğinin sağlanmasında kritik bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (231). Bu bağlamda mevcut çalışmada kullanılan MRÖKL ölçeğinin toplam açıklanan varyansı orijinal çalışmadan daha yüksek bulunarak (% 68.035) (9), tek faktör ile toplam varyansın %85.243'ünü açıklamıştır (Tablo 4.5) Bu bulgu ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğunu göstermektedir. Bunun sonucu olarak ölçeğin farklı örneklemelerde de benzer faktör yapısını koruduğu ve tutarlı bir yapı sunduğu görülmektedir.

DFA, "faktör sayısının ve bunlar üzerindeki gözlenen değişkenlerin, beklenenle uyumlu olup olmadığını doğrulamayı amaçlayan" bir tekniktir (245). MRÖKL ölçeğinin DFA sonuçları incelendiğinde (Tablo 4.6); Uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir

düzeyde olduğu saptanmıştır. Böylece, ölçeğin Türkçe uyarlamasının faktör yapısı ile orijinal ölçeğin faktör yapısının uyum gösterdiği, tek faktörlü yapının doğrulandığı ve ilgili maddenin yer aldığı faktör yapısını açıkladığı görülmektedir (9).

Cronbach's α katsayısı, iç tutarlılığın bir ölçüsüdür. Ayrıca ölçek güvenilirliğinin bir göstergesi olarak kabul edilir. Cronbach's α katsayısı 0 ile 1 arasında değişir. Genellikle 0.7'den büyük Cronbach's α değeri kabul edilebilir olarak değerlendirilir (231, 242). Ölçeğin orijinalinde MRÖKL ölçeğinin Cronbach's α katsayısı 0.905 olarak bulunmuştur (9). Pakistan'da yapılan bir çalışmada, MRÖKL'nin Cronbach's α değeri 0.791 olarak saptanmıştır (246). Bu çalışmada MRÖKL ölçeğinin Cronbach's α katsayısı 0.965 olup yüksek güvenirlik elde edilmiştir (Tablo 4.7). Cronbach's α iç tutarlılık katsayılarının orijinal ölçekle uyumlu ve daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu, ölçek maddelerinin birbiri ile tutarlı ve homojen olduğunu ve Türkçe uyarlamasının yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Test-tekrar test güvenilirliğinde aynı ölçüm aracı, aynı bireylere, aynı koşullarda ve farklı zamanlarda uygulanarak iki ölçümün korelasyonu hesaplanır. İlk ve ikinci ölçümlerle elde edilen puanlar güçlü ve pozitif bir korelasyon gösteriyorsa, tanı aracının yüksek test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu varsayılır (231, 247, 248). Ölçekte zamana karşı değişmezlik test- tekrar test analizi ile ölçülmüştür. Bu amaçla ölçek 40 kişiye 3 hafta ara ile ikinci kez uygulanmıştır. MRÖKL puan ortancaları arasında bir fark yoktur ($p=1$). Ayrıca test ve tekrar test arasında mükemmel bir uyum elde edilmiştir ($SKK=1$) (Tablo 4.18). Ölçek analizinden elde edilen bulgular sonucu, MRÖKL ölçeğinin güvenirliğinin yüksek olduğu, Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

5.1.2. Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Memenin cinsel fizyolojisi, çeşitli dokunsal uyarılara karşı gelişen erektile yanıtı içerir. Cinsel aktivite sırasında meme ve meme ucunun stimülasyonu; klitoral duyarlılığı arttırmakta, vajinal kayganlığı ve orgazmı desteklemektedir. Dolayısıyla meme ve meme ucu uyarısı, kadında cinsel yanıt sürecine ve partnerin tatminine katkı sağlamaktadır (6). Ön sevişme sırasında memelerin rolünün daha kapsamlı bir şekilde incelenebilmesi açısından ÖSMRÖ'nün kullanımı cazibe, dokunma, okşama ve emme olmak üzere dört aşamada kadınlar ve partnerleri için memelerin önemini ölçmeye olanak sağlayacaktır (9).

ÖSMRÖ'nün AFA bulgularına göre bu çalışmada tedavi süreci ve sonrası KMO değerleri, örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.9). Tedavi süreci ve sonrası Bartlett Küresellik Testi değerleri ise anlamlı bulunmuştur. Orijinal ölçeğin KMO değerinin 0.796 olduğu ve Bartlett küresellik testinin anlamlı olduğu saptanmıştır (9). Bu, ölçeğin Türkçe formunun orijinal formuna benzer bir yapısal geçerlik sergilediğini ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (243).

AFA kapsamında faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi ve döndürme işlemi için varimax yöntemi kullanılmıştır (236). Orijinal ölçeğin faktör yapısı incelendiğinde 2 faktör ve 8 maddeden oluştuğu görülmektedir (Faktör 1= 1 ve 2. Madde, Faktör 2= 3, 4, 5, 6, 7 ve 8. Madde). Ölçek orijinalinde “memelerde cinsel cazibe” ve “ön sevişmede meme işlevi” olmak üzere 2 faktörlü bir yapı elde edildiği ve ölçekte yer alan 8 sorunun faktör yüklerinin 0.5'in üzerinde olduğu belirtilmektedir (9). Literatürde AFA sonucunda; Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin 0.5'ten ve extraction değerinin 0.3'ten yüksek olması gerektiği belirtilmektedir (235, 236). Bu çalışmada, AFA sonucunda ÖSMRÖ tedavi süreci ve sonrasına ait faktör yükleri incelendiğinde; tedavi sürecinde, madde 1'in Extraction değeri 0.3'ten düşük elde edildiğinden (235), Madde 2'nin anti image korelasyon katsayısı 0.5'ten küçük olduğundan, tedavi sonrasında ise madde 1 ve madde 2'nin anti image korelasyon katsayıları 0.5'ten küçük olduğundan ölçekten çıkarılmıştır (236, 249). Bunun sonucunda maddelerin tek faktör (Ön sevişmede meme işlevi) altında toplandığı saptanmıştır. Böylece ölçeğin orijinalinde bulunan “memelerde cinsel cazibe” faktörü çıkarılarak 1 faktör ve 6 maddeli Türkçe versiyonu elde edilmiştir (Tablo 4.9). Ölçeğin orijinal formunda Faktör 2'yi (ön sevişmede meme işlevi) oluşturan maddeler (9) Türkçe formda da aynı faktör altında toplanmıştır.

Türk toplumunda kanser algısı, sıklıkla ölüm, acı ve çaresizlik gibi olumsuz kavramlarla özdeşleştirilmekte, bu durum hastalığın toplumsal ve bireysel düzeyde algılanışını önemli ölçüde şekillendirmektedir (250). Bu kültürel yapı içerisinde cinsellik ve cinsel cazibe, özellikle kadınlar için hastalık sürecinde ikinci plana atılmakta, yaşamda kalma ve hayata tutunma öncelikli bir değer haline gelmektedir. Bu bağlamda, çalışmada kullanılan ÖSMRÖ türkçe uyarlamasında, iki maddenin ölçekten çıkarılmasının, kültürel nedenlerle açıklanabileceği düşünülmektedir.

Faktör analizinde, öz değer hem açıklanan varyansı belirlemede hem de anlamlı faktör sayısının saptanmasında kullanılan önemli bir ölçüdür; 1'den büyük öz değerlere sahip faktörler anlamlı sayılır (249). Literatürde, çok faktörlü ölçeklerde açıklanan

varyansın %60'ın üzerinde olmasının, yapı geçerliğinin sağlanmasında kritik bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (231, 249). Bu çalışmada ÖSMRÖ'nün tek faktör ile toplam açıklanan varyans oranının tedavi sürecinde ve sonrasında %60'ın ve öz değerinin 1.00'in üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ölçek orijinalinin toplam açıklanan varyansı ise %66.348 olarak gösterilmiştir (9). Bu çalışmada orijinal ölçekten farklı olarak tek bir faktör olduğu için tek faktörle toplam varyans hesaplanmasına rağmen ölçeğin faktör yapısı ve toplam açıklanan varyans oranları orijinal ölçekle benzerdir. Açıklanan varyans oranlarının yüksek olması, Türkçe formunda faktör yapısının güçlü olduğunu göstermektedir.

ÖSMRÖ'nün tedavi süreci ve sonrası DFA sonuçları, uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 4.10). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının faktör yapısı ile orijinal ölçeğin faktör yapısının benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (9).

Ölçeğin orijinal formunda Cronbach's α katsayısı 0.915 olarak bildirilmiştir (9). Nargis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ÖSMRÖ'nün Cronbach's α katsayısı, "cinsel cazibe" ve "ön sevişmede memelerin işlevi" boyutları için ayrı ayrı 0.75 olarak bulunmuştur (246). Bu çalışmada orijinal ölçek çalışmasına benzer şekilde ÖSMRÖ'nün tedavi süreci ($\alpha = 0.876$) ve tedavi sonrası ($\alpha = 0.889$) Cronbach's α katsayısı yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Buna göre ölçeğin iç tutarlılığının yüksek düzeyde olduğu ve Türkçe uyarlamasının yüksek güvenilirlikte olduğu saptanmıştır. Ayrıca, ölçeğin farklı kültürel bağlamlarda da geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Ölçekte zamana karşı değişmezlik test- tekrar test analizi ile ölçülmüştür (231, 247, 248). Test- tekrar test analizinde ÖSMRÖ'nün tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında puan ortancaları arasında bir fark olmadığı ($p=1$), ayrıca test-tekrar test arasında mükemmel bir uyum olduğu saptanmıştır (SKK=1) (Tablo 4.18). Ölçeğin orijinal formunda zamana karşı değişmezlik test edilmemiştir.

Bu çalışmada ÖSMRÖ için tedavi sürecinde ayrı tedavi sonrasında ayrı AFA ve DFA yapılarak aynı faktörler elde edilmiş, tedavi süreci ve sonrası AFA ve DFA sonuçları tutarlı bulunmuştur. ÖSMRÖ'nün tedavi süreci ve sonrası güvenilirliğinin yüksek olduğu, Türkçe formunun, geçerlik ve güvenilirlik bakımından yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir.

5.1.3. Meme Kanseri Kadınlar için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Orijinal çalışmada MKK-KCİÖ'nün mevcut FSFI'ye göre yeniden düzenlendiği belirtilmektedir (9). FSFI, kadınların cinsel aktivite sırasında, cinsel uyarılmaları, cinsel ilgi alanları, cinsel istek düzeylerine ilişkin bilgi sağlar (33). Ancak FSFI meme kanseri ve tıbbi tedavilerinin, meme kanserli kadınlarda cinsel işlev üzerindeki etkisini belirlemek için yetersiz kalmaktadır. MKK-KCİÖ kadınlarda tedavi süreci ve sonrasında cinsel işlev üzerindeki etkisinin incelenmesine olanak tanımaktadır.

MKK-KCİÖ'nün AFA bulgularına göre bu çalışmada tedavi süreci (KMO= 0.894) ve sonrası (KMO= 0.879) KMO değerleri, örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğunu göstermektedir. Tedavi süreci ve sonrası Bartlett Küresellik Testi değerleri ise anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13). Jeng ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin orijinalinde KMO değerinin 0.939 olduğu ve Bartlett'in küresellik testinin anlamlı olduğu ve bu nedenle örneklemin faktör analizi için uygun olduğu görülmektedir ($\chi^2=2646.851$, $p < 0.001$) (9).

Orijinal MKK-KCİÖ'nün faktör yapısı incelendiğinde 3 faktör ve 16 maddeden oluştuğu görülmektedir. Ölçek orijinalinde “cinsel istek”, “cinsel tatmin” ve “cinsel engel” olmak üzere 3 faktörlü bir yapı elde edildiği ve ölçekte yer alan 16 sorunun faktör yüklerinin 0.5'in üzerinde olduğu belirtilmektedir (9). Bu çalışmada tedavi sürecinde MKK-KCİÖ'ye ait faktör yükleri incelendiğinde; maddelerin iki faktör (cinsel yanıt ve cinsel istek) altında toplandığı görülmektedir (Tablo 4.13). Literatürde AFA ve DFA'da bir faktörün altında üçten az sayıda madde olması önerilmemektedir. İki maddeden oluşan bir faktörün iç tutarlılığının da düşük olacağı ve hem faktörün hem de genel yapının güvenilirliğinin düşeceği belirtilmektedir (231). Ayrıca AFA sonucunda; Anti-image korelasyon matrisinde köşegen değerlerinin 0.5'ten ve extraction değerinin 0.3'ten yüksek olması gerektiği belirtilmektedir (235, 236, 249). Bu çalışmada, AFA sonucunda MKK-KCİÖ'ye ait faktör yükleri incelendiğinde; tedavi sürecinde madde 5'in anti image korelasyon katsayısı 0.5'ten, madde 13 ve 14'ün extraction değerleri 0.3'ten düşük olduğundan, tek faktör altında sadece madde 15 yer aldığından; tedavi sonrası ise madde 5'in anti image korelasyon katsayısı 0.5'ten, madde 15'in ise extraction değeri 0.3'ten düşük elde edildiğinden, tek faktör altında sadece madde 13 ve 14 yer aldığından ölçekten çıkarılmıştır. Son durumda ölçeğin 1, 2, 3, 4 ve 6. Maddeleri tek faktör altında toplanarak “cinsel istek” faktörünü, ölçeğin 7, 8, 9, 10, 11, 12 ve 16. Maddeleri tek faktör altında

toplanarak “cinsel yanıt” faktörünü oluşturmuştur (Tablo 4.13). Böylece ölçeğin 2 faktör ve 12 maddeden oluşan Türkçe versiyonu oluşturulmuştur (Tablo 4.13). Orijinal ölçekte 3 faktör yükü mevcutken bu çalışmada ölçekte 2 faktör yükü oluşması, kültürel yapının cinsellik algısı üzerindeki etkisi ile açıklanabilir. Türk kültüründe kadın bedenine yönelik mahremiyet, kadercilik ve hastalık döneminde cinselliğin bastırılması gibi sosyal faktörler, kadınların cinsellikle ilgili maddeleri tam anlamıyla içselleştirmesi veya açıkça yanıtlamasını zorlaştırabilmektedir (250, 251).

Özellikle cinsel engellerin ve tatminin ifadesi, bireylerin sosyokültürel normları doğrultusunda değişiklik gösterebilmekte ve bu durum faktör yapısına yansıyabilmektedir (252-254). Bu çalışmada, MKK-KCİÖ’nün tedavi süreci ve sonrası için aynı maddeler aynı faktörler altında toplandığından tedavi öncesi ve sonrası için sonuçların tutarlı olduğu görülmektedir.

Elde edilen bulgular, kadınların cinsel işlevine dair önceki çalışmalarda yaygın olarak kullanılan FSFI ile karşılaştırıldığında bazı benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir. FSFI, kadınların cinsel işlevini “cinsel istek veya ilgi”, “cinsel uyarılma”, “cinsel tatmin”, “lubrikasyon”, “orgazm” ve “cinsel ağrı ve rahatsızlık” gibi alt faktörlerde değerlendiren 19 maddelik bir ölçektir (33). MKK-KCİÖ’nün orijinali meme kanserli kadınlarda cinsel işlevin tedavi süreci ve sonrasında değerlendirilmesine olanak tanımaktadır (9). Orijinal ölçek, FSFI’ye göre yeniden düzenlendiği için cinsel işlevin tüm boyutları ile değerlendirilmesine olanak sağlaması açısından FSFI ile benzerlik göstermektedir. Ancak ölçeğin Türkçe formunun iki faktörden oluşması sebebiyle 3 faktörden oluşan orijinal formundan farklılık göstermektedir. Orijinal ölçekte cinsel tatmin ve engel maddeleri ayrı bir faktör altında değerlendirilirken, Türkçe uyarlamasında cinsel tatmin ve engel maddeleri diğer faktörler içerisinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun tedavi süreci ve sonrası değişimleri yansıtmada konusunda yüksek bir duyarlılığa sahip olduğu ve kültürel bağlamda geçerliğini koruduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada MKK-KCİÖ’nün iki faktörle (cinsel istek ve cinsel yanıt) toplam açıklanan varyans oranının tedavi süreci ve tedavi sonrasında %60’ın üzerinde ve öz değerinin 1.00’den fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Ölçek orijinalinin toplam açıklanan varyansının da %60’ın üzerinde olduğu belirtilmiştir (9). Bu, ölçeğin toplam açıklanan varyans oranlarının orijinal ölçekle benzer olduğu ve Türkçe formunun faktör yapısının güçlü olduğunu göstermektedir.

MKK-KCİÖ'nün tedavi süreci ve sonrası DFA sonuçları incelendiğinde; uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir uyum gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.14). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının faktör yapısı ile orijinal ölçeğin faktör yapısının yakın olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada MKK-KCİÖ için tedavi sürecinde ayrı tedavi sonrasında ayrı AFA ve DFA yapılarak aynı faktörler elde edilmiş, tedavi süreci ve sonrası AFA ve DFA sonuçları tutarlı bulunmuştur.

Ölçek orijinalinde MKK-KCİÖ Cronbach's α katsayısı 0.970 olarak bulunmuştur (9). Nargis ve arkadaşlarının (2025) çalışmasında, ECİÖ kapsamında yer alan MKK-KCİÖ'nün Cronbach's alfa değerleri üç boyut için de 0.70 ve üzerinde bulunmuştur (246). Bu çalışmada, MKK-KCİÖ'nün "cinsel yanıt" ve "cinsel istek" faktörlerine ait Cronbach's α katsayısı tedavi süreci (Faktör 1 α = 0.941, faktör 2 α = 0.939) ve sonrası (Faktör 1 α = 0.929 , faktör 2 α = 0.931) için yüksek güvenirlikte elde edilmiştir (Tablo 4.15). Bu değerler, ölçeğin her iki faktörünün de tutarlı bir şekilde ölçüm sağladığını ortaya koymaktadır.

Bir ölçeğin iç tutarlılığı belirlenirken, her bir maddenin ölçeğin bütünüyle olan ilişkisini ortaya koymak için madde toplam korelasyonları hesaplanmaktadır. Ölçüm sonucu herhangi bir maddenin katsayısının düşük olması, ilgili maddenin ölçeğe katkısının düşük olduğunu gösterir. Bu sebeple madde toplam korelasyonu 0.30'dan yüksek olan maddelerin ölçekte bırakılması gerektiği belirtilmektedir (243). MKK-KCİÖ'nün madde analiz sonuçları değerlendirildiğinde madde toplam korelasyonlarının tedavi sürecinde 0.50 ile 0.90 aralığında, tedavi sonrasında 0.40 ile 0.90 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bu korelasyonlar, her bir maddenin ilgili faktörün ölçümüne katkı sağladığını ve ölçeğin iç tutarlılığını desteklediğini göstermektedir (231, 247, 248). Ölçekte zamana karşı değişmezlik test- tekrar test analizi ile ölçülmüştür. Test tekrar test analizinde MKK-KCİÖ'de faktör 1 ve 2 için mükemmel bir uyum elde edilmiştir (Tablo 4.18). Bu, ölçeğin zaman içinde tutarlı olduğunu göstermektedir.

MKK-KCİÖ' nin Türkçe formunun cinsel işlevin değerlendirilmesinde güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu, orijinal ölçekle benzer şekilde, yüksek güvenirlik ve tutarlılığa sahiptir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Meme kanseri tanısı almış ve tedavi görmüş kadınlarda cinsel işlevi tüm yönleriyle değerlendirmek amacıyla Jeng ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilen ECİÖ'nün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve araştırma bulgularından aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ✓ ECİÖ'nün her bir alt ölçeği (MRÖKL, ÖSMRÖ, MKK-KCİÖ) için dil, kapsam ve yapı geçerliği sağlandı.
- ✓ MRÖKL, ÖSMRÖ ve MKK-KCİÖ'nün Cronbach's α katsayıları yüksek güvenilirlik düzeyinde elde edildi.
- ✓ MRÖKL ölçeğinin faktör yükü 0.70'ten yüksek bulundu ve ölçekten madde çıkarılmadı.
- ✓ ÖSMRÖ'nün faktör yükleri tedavi süreci ve sonrası için 0.60'tan yüksek bulundu. Ölçeğin orijinalinde” memelerde cinsel cazibe” faktöründe yer alan 1. ve 2. Maddeler tedavi süreci ve sonrası için ölçekten çıkarıldı.
- ✓ MMK-KCİÖ faktör yükleri tedavi süreci ve sonrası her iki boyut için 0.50'den yüksek bulundu. MKK- KCİÖ'de tedavi süreci ve sonrasında madde 5, madde 13, 14 ve madde 15 ölçekten çıkarıldı.
- ✓ MKK-KCİÖ'nün toplanabilir yapıda olmadığı, her bir faktörün kendi içerisinde değerlendirilmesi gerektiği bulundu.
- ✓ MRÖKL, ÖSMRÖ ve MKK-KCİÖ'nün AFA'ya göre açıklanan varyans oranlarının yüksek olduğu ve uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeylerde olduğu belirlendi.
- ✓ Faktör analizi sonucunda MRÖKL ölçeği 1 faktör 6 maddeden, ÖSMRÖ 1 faktör 6 maddeden, MKK-KCİÖ ise 2 faktör 12 maddeden oluştuğu saptandı.
- ✓ MRÖKL, ÖSMRÖ ve MKK-KCİÖ'nün madde toplam korelasyonları ve iç tutarlık katsayılarının yeterli düzeyde olduğu belirlendi.
- ✓ MRÖKL, ÖSMRÖ ve MKK-KCİÖ'nün test-tekrar test analizi sonucu mükemmel bir uyum elde edildi ve yüksek korelasyona sahip olduğu bulundu.
- ✓ ECİÖ'nün, Türk dili ve kültürüne sahip meme kanserli kadınlarda tedavi süreci ve sonrasında, kadın ve partneri için memenin önemini, ön sevişmede memenin

cinsel rolünü ve cinsel işlevi değerlendirmek için klinikte ve araştırma uygulamalarında kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptandı.

Öneriler

- ✓ ECIÖ'nün meme kanseri tanısı almış kadınlarda cinsel işlevi tüm yönleri ile değerlendirmek amacıyla araştırmalarda kullanılması
- ✓ ECIÖ'nün meme kanseri tanısı almış kadınlarda sadece cinsel işlevi değil, memenin sembolik önemi, partner ilişkisi, tedavi süreci ve sonrasına ilişkin algıları da değerlendirme kapasitesi göz önünde bulundurularak klinik değerlendirme süreçlerinde bir tarama ve izlem aracı olarak kullanılması,
- ✓ Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin farklı demografik gruplarda (yaş, evlilik durumu, eğitim düzeyi vb.) ve farklı kültürel bağlamlarda test edilerek, genellenebilirliğinin artırılması ve kültürlerarası geçerliğinin sağlanması,
- ✓ ECIÖ'nün meme kanserli kadınlara yönelik psikoeğitim programları, cinsel danışmanlık, psikoterapi, farkındalık temelli yaklaşımlar gibi müdahale içeren çalışmalarda ön test-son test aracı olarak kullanılması,
- ✓ ECIÖ meme kanserli kadınlara yönelik cinsel sağlığı geliştirme programlarının planlanması, uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi aşamalarında sağlık profesyonellerine rehberlik edecek bir değerlendirme aracı olarak kullanılması,
- ✓ ECIÖ'nün psikososyal destek, onkolojik bakım ve cinsel danışmanlık hizmetleri ile entegre kullanımı hem bireysel hem de çift odaklı bakım hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlaması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229–63.
2. Globocan İnternational Agency for Research on Cancer Türkiye 2022. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf> Son Erişim Tarihi 20 Mayıs 2025.
3. Garza R, Pazhoohi F. Breasts: female attractiveness. In: Shackelford TK (ed). *Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior*, 1nded. Switzerland, Springer Nature, 2023: 1-7.
4. Zangeneh S, Savabi Esfahani M, Taleghani F, Sharbafchi MR, Salehi M. A silence full of words: sociocultural beliefs behind the sexual health of iranian women undergoing breast cancer treatment, a qualitative study. *Support Care Cancer.* 2023;31(1):84.
5. Burch RL, Widman DR. The point of nipple erection 1: the experience and projection of perceived emotional states while viewing women with and without erect nipples. *Evolutionary Behavioral Sciences.* 2020;15(3):1-7.
6. Abramsohn EM, Pinkerton EA, Wroblewski K, Anitescu M, Flynn KE, Hazen A, et al. Breast sensorisexual function: a novel patient-reported outcome measure of sexual sensory functions of the breast. *J Sex Med.* 2023;20(5):671-83.
7. Yao L, Li Y, Wang T, Jia F, Zhang Y, You X, et al. Chinese medical staff's knowledge, attitudes and practices towards breast cancer patients' sexual health management: a cross-sectional study. *Heliyon.* 2023;9(9):2-8
8. Gençalp NS. Meme Hastalıkları. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı*, 2. Baskı. İzmir, Nobel Akademik Yayıncılık, 2015: 50-200.
9. Jeng CJ, Hou MF, Liu HY, Wang LR, Chen JJ. Construction of an integrated sexual function questionnaire for women with breast cancer. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020;59(4):534-40.
10. Lee H, Yoon HG. Body change stress, sexual function, and marital intimacy in korean patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a cross-sectional study. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2023;10(5):2-6.

11. Erturhan Türk K. Meme kanseri kadınlar ve eşlerinin yaşadığı sorunlar. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;8(4):495–500.
12. Çil Akıncı A, Aksoy SD. Kanserli kadınlarda cinsel sorunlar. *Jaren*. 2019;5(2):156-62.
13. Randa S, Altun Uğraş G, Eser K. Meme kanserli kadınların cerrahi girişim sonrası yaşadıkları üst ekstremitte sorunlarının yaşam kalitesine etkisi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2019;12(2):170-81.
14. Male DA, Fergus KD, Karen D, Kimberley C. Sexual identity after breast cancer sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(1):66-74.
15. Von Hippel C, Dibble KE, Rosenberg SM, Bollman-Jenkins M, Weiss M, Partridge AH. Taking their wellbeing into their own hands: self-educated and peer-recommended techniques used by women with breast cancer to improve sexual functioning during treatment and in survivorship. *PLoS One*. 2023;18(11):1-18
16. Guajardo AF, Vaca-Cartagena BF, Mesa-Chavez F, Platas A, Fonseca A, Cruz-Ramos M, et al. Sexual function and satisfaction in young women with breast cancer: a 5-year prospective study. *JNCI Cancer Spectr*. 2024;8(6):1-10
17. Ljungman L, Ahlgren J, Petersson LM, Flynn KE, Weinfurt K, Gorman JR, et al. Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with breast cancer: type, prevalence, and predictors of problems. *Psychooncology*. 2018;27(12):2770-77.
18. Sousa Rodrigues Guedes T, Barbosa Otoni Gonçalves Guedes M, Mikael Lopes J, De Castro Santana R, Borba de Vasconcelos J, Regina de Medeiros E, et al. Sexual dysfunction in women with breast cancer of Northeast Brazil: a retrospective longitudinal study. *Sci Rep*. 2023;13(1):20441.
19. Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Sampietro-Crespo A, Rodríguez-Borrego MA, Carmona-Torres JM. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. *PLoS One*. 2018;13(8):1-13.
20. Chu CN, Hu KC, Wu RS, Bau DT. Radiation-irritated skin and hyperpigmentation may impact the quality of life of breast cancer patients after whole breast radiotherapy. *BMC Cancer*. 2021;21(1):330.

21. Catalano O, Fusco R, Carriero S, Tamburrini S, Granata V. Ultrasound findings after breast cancer radiation therapy: cutaneous, pleural, pulmonary, and cardiac changes. *Korean J Radiol.* 2024;25(11):982-91.
22. Kabirian R, Franzoi MA, Havas J, Coutant C, Tredan O, Levy C, et al. Chemotherapy-related amenorrhea and quality of life among premenopausal women with breast cancer. *JAMA Netw Open.* 2023;6(11):1-15.
23. Haris I, Hutajulu S, Kartika Y, Wiranata JA. Sexual Dysfunction Following Breast Cancer Chemotherapy: A Cross-Sectional Study in Yogyakarta, Indonesia. *Cureus.* 2023;15(7):1-11.
24. Nimbi FM, Magno S, Agostini L, Di Micco A, Maggiore C, De Cesaris BM, et al. Sexuality in breast cancer survivors: sexual experiences, emotions, and cognitions in a group of women under hormonal therapy. *Breast Cancer.* 2022;29(3):419-28.
25. Smedsland SK, Vandraas KF, Falk RS, Horn J, Reidunsdatter RJ, Kiserud CE, et al. Sexual health in long-term breast cancer survivors: a comparison with female population controls from the hunt study. *Breast Cancer Res Treat.* 2023;201(3):479-88.
26. Cole KM, Clemons M, Alzahrani M, Liu M, Larocque G, MacDonald F, et al. Vasomotor symptoms in early breast cancer-a "real world" exploration of the patient experience. *Support Care Cancer.* 2022;30(5):4437-46.
27. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Monastyrska-Waszak E, Gastecka A, Goch A, et al. Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy- a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. *Contemp Oncol (Pozn).* 2020;24(2):106-11.
28. Krychman M, Goren A, Brandt L, McCoy J. Novel topical formulation applied to the nipple-areola complex improves female orgasm. *J Cosmet Dermatol.* 2020;19(2):404-6.
29. Soares Domingues Polita B, Lapinš J, Ģīlis A, Grucki M, Irmejs A, Gardovskis J, et al. Evaluation of breast skin/nipple-areolar complex sensation and quality of life after nipple-sparing mastectomy followed by reconstruction. *Medicina (Kaunas).* 2024;60(10):1-15.
30. Den Ouden MEM, Pelgrum-Keurhorst MN, Uitdehaag MJ, De Vocht HM. Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer.* 2019;26:326–32.

31. Cohee A, Storey S, Winger JG, Cella D, Stump T, Monahan PO, et al. A cohort study of quality of life in partners of young breast cancer survivors compared to partners of healthy controls. *J Patient Rep Outcomes*. 2020;4(1):19.
32. Gozzi E, La Manna AR, Rossi L, Colonna M, Ulgiati MA, Romagnoli L, et al. What hides beneath the scar: sexuality and breast cancer what women don't say: a single-center study. *Clin Ter*. 2022;173(4):342-6.
33. Aygin D, Aslan FE. Kadın cinsel işlev ölçeği'nin türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005;25(3):393-9.
34. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği- kadın türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Med J*. 2010;32(2):172-80.
35. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2017: 915-45.
36. Johnson MC. Anatomy and physiology of the breast. In: Jatoi I, Kaufmann M (eds). *Management of Breast Diseases*, Berlin, Springer-Verlag, 2010: 1-36.
37. Cutler LM, Johnson CM. Anatomy and physiology of the breast. In: Jatoi I, Kaufmann M (eds). *Management of Breast Diseases*, 2nded. Berlin, Springer International Publishing, 2016: 1-39.
38. Erel S, Atahan MK. Memenin Anatomisi, Fizyolojisi ve Değerlendirilmesi. İçinde: Akça T, Karadeniz Çakmak G, Emre AU (editörler). *Genel Cerrahi*, İstanbul, Akademisyen Kitabevi, 2019;395-410.
39. Barber MD, Jeremy SJ, Thomes J, Dixon M. Anatomy and physiology of the breast. In: Dixon JM, Barber MD (eds). *Breast Surgery*, 6nd ed. Amsterdam, Elsevier, 2018.
40. Bistoni G, Farhadi J. Anatomy and physiology of the breast. In: Farhadi RD, Bulstrode NW, Cugno S (eds). *Plastic and Reconstructive Surgery Approaches and Techniques*, 1nded. New Jersey, Wiley Blackwell, 2015: 479-85.
41. Gutiérrez-Villanueva M, García-Mesa Y, García-Piqueras J, Cobo R, García-Suárez O, Vega JA, et al. The sensory innervation of the human nipple. *Ann Anat*. 2020; 229:151456.
42. Xu W, Zhou L, Zhao C, Zhou Y, Chen S, Yang L. Evaluating body image disturbance and its influencing factors in breast cancer patients following unilateral mastectomy. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2024;34(4):328-35.

43. Boyd N, Berman H, Zhu J, Martin LJ, Yaffe MJ, Chavez S, et al. The origins of breast cancer associated with mammographic density: a testable biological hypothesis. *Breast Cancer Res.* 2018;20(1):17.
44. Feng Y, Spezia M, Huang S, Yuan C, Zeng Z, Zhang L, et al. Breast cancer development and progression: risk factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics, and molecular pathogenesis. *Genes Dis.* 2018;5(2):77-106.
45. Harbeck N, Penault-Llorca F, Cortés J, Gnant M, Houssami N, Poortmans P, et al. Breast cancer. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5(1):66.
46. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2019;11:151-64.
47. Global Cancer Observatory Cancer Today Statistics at a Glance 2022. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf> Son Erişim Tarihi 20 Mayıs 2025.
48. American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2024-2025. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/2024.pdf> Son Erişim Tarihi 21 Mayıs 2025.
49. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(1):12-49.
50. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma Tarama Tanı Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50088/0/memekanserikrrevizyon20240611pdf> Son Erişim Tarihi 06 Mayıs 2025.
51. Özmen V, Özmen T, Doğru V. Breast cancer in turkey; an analysis of 20.000 patients with breast cancer. *Eur J Breast Health.* 2019;15(3):141-46.
52. Şentürk B, Ünlü F, Dündar S, Kavak Ergün A, Sevinç A, Tütüncü S. Türkiye kanser istatistikleri 2020. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayını. 2025;18-24.
53. Kashyap D, Pal D, Sharma R, Garg VK, Goel N, Koundal D, et al. Global increase in breast cancer incidence: risk factors and preventive measures. *Biomed Res Int.* 2022;1:1-16.
54. Haydaroğlu A, Çakar B, Gökmen E, Özdemir N, Zekioğlu O, Özşaran Z ve ark. Ege üniversitesi hastanesi veri tabanında meme kanseri hastalarının epidemiyolojisi ve genel sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi.* 2019;58:50-7.

55. Tao Z, Shi A, Lu C, Song T, Zhang Z, Zhao J. Breast cancer: epidemiology and etiology. *Cell Biochem Biophys*. 2015;72(2):333-8.
56. National Cancer Institute Breast Cancer Prevention Patient Version. <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-prevention-pdq> Son Erişim Tarihi 21 Mayıs 2025.
57. Cui H, Qu Y, Zhang L, Zhang W, Yan P, Yang C, et al. Epidemiological and genetic evidence for the relationship between ABO blood group and human cancer. *Int J Cancer*. 2023;153(2):320-30.
58. Joudaki N, Khodadadi A, Talaiezhadeh A, Jodat H, Jodat J, Asadirad A. Study of the relationship between abo blood group types and breast cancer and cervix cancer in khuzestan province, iran. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res*. 2023;17(2):65-74.
59. American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2022-2024. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-andstatistics/breast-cancer-facts-and-figures/2022-2024-breast-cancer-fact-figures.acs.pdf> Son Erişim Tarihi 15 Kasım 2024.
60. Thakur P, Seam RK, Gupta MK, Gupta M, Sharma M, Fotedar V. Breast cancer risk factor evaluation in a western himalayan state: a case-control study and comparison with the western world. *South Asian J Cancer*. 2017;6(3):106-09.
61. American Cancer Society Lifestyle-related Breast Cancer Risk Factors. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html> Son Erişim Tarihi 21 Mayıs 2025.
62. Taheripanah R, Balash F, Anbiaee R, Mahmoodi M, Akbari Sene A. Breast cancer and ovulation induction treatments. *Clin Breast Cancer*. 2018;18(5):395-99.
63. İnam Ö, Güngör Satılmış İ. İnfertilite tedavisi ve jinekolojik kanser ilişkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2020;23(3):452-61.
64. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, O'Meara ES, et al. Risk factors for breast cancer for women age 40 to 49: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012;156(9):635-48.
65. Zolfaroli I, Tarín JJ, Cano A. Hormonal contraceptives and breast cancer: clinical data. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;230:212-16.
66. Williams LA, Nichols HB, Hoadley KA, Tse CK, Geradts J, Bell ME, et al. Reproductive risk factor associations with lobular and ductal carcinoma in the carolina breast cancer study. *Cancer Causes Control*. 2018;29(1):25-32.

67. Fitzpatrick D, Pirie K, Reeves G, Green J, Beral V. Combined and progestagen-only hormonal contraceptives and breast cancer risk: a UK nested case-control study and meta-analysis. *PLoS Med.* 2023;20(3):1-18.
68. Cobain EF, Milliron KJ, Merajver SD. Updates on breast cancer genetics: clinical implications of detecting syndromes of inherited increased susceptibility to breast cancer. *Semin Oncol.* 2016;43(5):528-35.
69. Godet I, Gilkes DM. BRCA1 and BRCA2 mutations and treatment strategies for breast cancer. *Integr Cancer Sci Ther.* 2017;4(1):1-17.
70. American Cancer Society Breast Cancer Risk And Prevention Breast Cancer Risk Factors You Cannot Change. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>
Son Erişim Tarihi 21 Mayıs 2025.
71. Stordal B. Breastfeeding reduces the risk of breast cancer: a call for action in high-income countries with low rates of breastfeeding. *Cancer Med.* 2023;12(4):4616-25.
72. Chen MJ, Wu WYY, Yen AMF, Fann JCY, Chen SLS, Chiu SYH, et al. Body mass index and breast cancer: analysis of a nation-wide population-based prospective cohort study on taiwanese women. *Int J Obes (Lond).* 2016;40(3):524-30.
73. Jordan I, Hebestreit A, Swai B, Krawinkel MB. Dietary patterns and breast cancer risk among women in northern tanzania: a case-control study. *Eur J Nutr.* 2013;52(3):905-15.
74. Bastos DR. Risk factors related to breast cancer development. *Mastology.* 2019;29(4):218-23.
75. O'Brien KM, Sandler DP, Taylor JA, Weinberg CR. Serum vitamin D and risk of breast cancer within five years. *Environ Health Perspect.* 2017;125(7):1-9.
76. Parra-Soto S, Tumblety C, Araya C, Rezende LFM, Ho FK, Pell JP, et al. Associations of physical activity with breast cancer risk: findings from the UK biobank prospective cohort study. *J Phys Act Health.* 2023;20(4):272-8.
77. Sohi I, Rehm J, Saab M, Virmani L, Franklin A, Sánchez G, et al. Alcoholic beverage consumption and female breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Alcohol Clin Exp Res (Hoboken).* 2024;48(12):2222-41.

78. Burguin A, Diorio C, Durocher F. Breast cancer treatments: updates and new challenges. *J Pers Med*. 2021;11(8):808.
79. Wang J, Wu SG. Breast cancer: an overview of current therapeutic strategies, challenge, and perspectives. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2023;15:721-30.
80. Heater NK, Warrior S, Lu J. Current and future immunotherapy for breast cancer. *J Hematol Oncol*. 2024;17:131.
81. Hammershøi Madsen AM, Løvendahl Eefsen RH, Nielsen D, Kümler I. Targeted treatment of metastatic triple-negative breast cancer: a systematic review. *Breast J*. 2024;1-15.
82. Zhu S, Wu Y, Song B, Yi M, Yan Y, Mei Q, et al. Recent advances in targeted strategies for triple-negative breast cancer. *J Hematol Oncol*. 2023;16(1):100.
83. Magnoni F, Alessandrini S, Alberti L, Polizzi A, Rotili A, Veronesi P, et al. Breast cancer surgery: new issues. *Curr Oncol*. 2021;28(5):4053-66.
84. Riis M. Modern surgical treatment of breast cancer. *Ann Med Surg (Lond)*. 2020;56:95-107.
85. American Society of Breast Surgeons Performance and Practice Guidelines for Mastectomy. <https://www.breastsurgeons.org/docs/statements/Performance-and-Practice-Guidelines-for-Mastectomy> Son Erişim Tarihi 2 Aralık 2024.
86. Kalvanagh PA, Kalvanagh YA. An overview of mastectomy and its types in treatment of breast cancer. *Int J Adv Biol Biomed Res*. 2023;11(1):25-34.
87. Akyolcu N, Özhanlı Y, Kandemir D. Meme kanserinde güncel gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019;6(3):583-94.
88. Alturky B, Alotaibi BBS, Almasabi MA, Habibi MA, Alghamdi AI, Alnahwi AH, et al. "Mastectomy for women with breast cancer, types and considerations". *EC Microbiol*. 2019;15:1-10.
89. American Cancer Society Breast-conserving Surgery (Lumpectomy). <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/breast-conserving-surgery-lumpectomy> Son Erişim Tarihi 16 Kasım 2024.
90. Karaali C, Kaya A, Kayar R, Çobanoğlu M, Güngör O. Meme koruyucu cerrahide donuk kesitin cerrahi sınır tutulumunu göstermedeki başarısı: 39 olgudaki sonuçları. *İzmir Tepecik Eğitim Hast Derg*. 2011;21(1):25-32.
91. Jordan RM, Oxenberg J. Breast cancer conservation therapy. *StatPearls Publishing*. 2024.

92. Gülşen M, Akansel N. Hastanın kendi dokusu kullanılarak oluşturulan meme rekonstrüksiyonları ve hemşirelik bakımı. *Jaren*. 2018;4(1):45-51.
93. Simion L, Petrescu I, Chitoran E, Rotaru V, Cirimbei C, Ionescu SO, et al. Breast reconstruction following mastectomy for breast cancer or prophylactic mastectomy: therapeutic options and results. *Life (Basel)*. 2024;14(1):138.
94. Schmauss D, Machens HG, Harder Y. Breast reconstruction after mastectomy. *Front Surg*. 2016;2:71.
95. Costin IC, Marcu LG. Impact of immobilization system angle, body mass index and breast size on breast radiotherapy accuracy using EPID-only setup. *Heliyon*. 2025;11(3):e42176.
96. Polgár C, Kahán Z, Ivanov O, Chorváth M, Ligačová A, Csejtei A, et al. Radiotherapy of breast cancer-professional guideline 1st central-eastern european professional consensus statement on breast cancer. *Pathol Oncol Res*. 2022;28:1-15.
97. Tepetam H, Altınok A. Meme Kanseri Radyoterapisi Yan Etkileri ve Yan Etkilere Yaklaşım. İçinde: Atalar B, Karabulut Gül Ş (editörler). Bölgelere Göre Radyoterapi Yan Etkileri ve Yan Etkilere Yaklaşım, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2024: 14-20.
98. Kurt, D, Arslan SA, Yücel B, Erdiş E, Erdoğan T, İnan GA ve ark. Radyoterapi tedavisinde meme kanseri hastalarda tomotherapy hı-art ve varian trilogy cihazlarında hedef volüm ve kritik organların doz değerlerinin karşılaştırılması ve değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2022;3(2):31-39.
99. Franco A, Di Leone A, Fabi A, Belli P, Carbognin L, Gambaro E, et al. Conservative surgery in cT4 breast cancer: single-center experience in the neoadjuvant setting. *Cancers(Basel)*. 2023;15(9):1-15.
100. Farghadani R, Naidu R. Curcumin as an enhancer of therapeutic efficiency of chemotherapy drugs in breast cancer. *Int J Mol Sci*. 2022;23(4):21-44.
101. Traves KP, Cokenakes SEH. Breast cancer treatment. *Am Fam Physician*. 2021;104(2):171-8.
102. American Cancer Society Chemotherapy for Breast Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/chemotherapy-for-breast-cancer.html> Son Erişim Tarihi 21 Mayıs 2025.
103. Aytekin A. Erken evre meme kanserinde endokrin tedavi. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2016;23:79-85.

104. Noe JF, Bush MA. Endocrine therapy for breast cancer. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2021;17(2):177-81.
105. American Society of Breast Surgeons A Surgeon's Resource Guide to Endocrine Therapy for the Management and Risk Reduction of Hormone Receptor Positive Breast Cancer. <https://www.breastsurgeons.org/docs/statements/ASBrS-Resource-Guide-on-Endocrine-Therapy> Son Erişim Tarihi 15 Kasım 2024.
106. Pintado S, Andrade S. Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*. 2017;12:147-52.
107. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Curr Oncol Rep*. 2021;23(3):38.
108. Chen X, Dong C, Zhuang Y, Lu L, Lu P, Li Y, et al. The role of social comparative orientation in social anxiety among breast cancer survivors: a moderated mediation model of body image and self-concept clarity. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):389.
109. Omari B, Riash SA, Arfat A, Amer R, Mosleh S, Shawahna R. Assessing the factors associated with body image perception and quality of life of palestinian women undergoing breast cancer treatment: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):565.
110. Seabri V, Pizzoli SFM, Marzorati C, Mazzocco K, Pravettoni G. Interoception and body image in breast cancer patients: a mindfulness-based stress reduction protocol. *Front Psychol*. 2024;15:1-9.
111. Cinek BY, Varan MP, Yaprak G, Altıntaş M. Cognitive emotion regulation and its impact on sexual function, body image, and depression in breast cancer survivors. *Psychiatry Investig*. 2025;22(3):330-9.
112. Brajkovic L, Sladic P, Kopilaš V. Sexual quality of life in women with breast cancer. *Health Psychol Res*. 2021;9(1):1-14.
113. Yao H, Xiong M, Cheng Y, Zhang Q, Luo Y, Ding X, et al. The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients: a cross-sectional study. *Front Psychol*. 2024;15:1-10.
114. Mastrangelli AKF, Pinto VL, Elias S. The impact on body image and quality of life in breast cancer patients. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(1):1-6.

115. Jelinek I, Koller R, Kundi M. Women's satisfaction with breast reconstruction after mastectomy and a survey on the decision process for type of reconstructive surgery. *Wien Klin Wochenschr.* 2025;137(4).
116. Vegunta S, Kuhle CL, Vencill JA, Lucas PH, Mussallem DM. Sexual health after a breast cancer diagnosis: addressing a forgotten aspect of survivorship. *J Clin Med.* 2022;11(22):6723.
117. Rose MM, Bilimale AS, Krishnappa R. Assessing the Impact of mastectomy on the quality of life among cancer survivors: a hospital-based cross-sectional study in Mysuru. *J Midlife Health.* 2024;15(4):258-63.
118. Saini R, Kaur M, Kumar A, Kaur S. Brassiere-wearing practices and issues among post-mastectomy women: a systematic review. *Indian J Palliat Care.* 2024;30(4):315-21.
119. Alcorn SR, Corbin KS, Shumway DA. Integrating the patient's voice in toxicity reporting and treatment decisions for breast radiotherapy. *Semin Radiat Oncol.* 2022;32(3):207-20.
120. Cernikova KA, Kracmarova LK, Pesoutova M, Tavel P. We will be different forever: a qualitative study of changes of body image in women with breast cancer. *BMC Public Health.* 2024;24(1):2517.
121. López-Contreras JP, Sebri V, Sarrión-Castelló P, Martínez-Sanchís S, Cebolla I Martí AJ. Efficacy of compassion-based interventions in breast cancer patients and survivors: a systematic review of randomized controlled trials. *Span J Psychol.* 2024;27:1-11.
122. Yun Y, Ahn J. Exploring factors influencing body acceptance in women with breast cancer: a cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs.* 2025;74:102802.
123. Thornton M, Lewis-Smith H. "I listen to my body now": a qualitative exploration of positive body image in breast cancer survivors. *Psychol Health.* 2023;38(2):249-68.
124. Lia CG, Greco F, D'Amato A, Tarsitano MG, Emerenziani GP, Quinzi F. The role of physical exercise in sexual health and body image in women living with and surviving breast cancer: a scoping review. *Healthcare.* 2025;13(7):741.
125. Sherman KA, Woon S, French J, Elder E. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psychooncology.* 2017;26(3):337-45.

126. Sarimiye F, Folasire A, Asuzu CC. Assessment of body image perception and quality of life of breast cancer patients accessing care at the university college hospital, southwest nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2024;27(7):905-11.
127. Vălcu EG, Fotea S, Ciubară A, Rebegea LF. The impact of integrative psychotherapy on psychological well-being and quality of life in patients with breast cancer undergoing active treatment. *J Med Life.* 2025;18(2):100-8.
128. Casuso-Holgado MJ, Martinez-Calderon J, Martínez-Miranda P, Muñoz-Fernández MJ, Bernal-Utrera C, García-Muñoz C. Exercise interventions for self-perceived body image, self-esteem and self-efficacy in women diagnosed with breast cancer: a systematic review with meta-analysis and meta-regressions. *Support Care Cancer.* 2024;32(10):665.
129. Pehlivan M, Eyi S. The impact of mindfulness-based meditation and yoga on stress, body image, self-esteem, and sexual adjustment in breast cancer patients undergoing modified radical mastectomy: a randomized controlled trial. *Cancer Nurs.* 2025;48(3):190-9.
130. Chen Y, Liu R, Xiao J, Wang Y, Yang Y, Fan H, et al. Effects of online mindful self-compassion intervention on negative body image in breast cancer patients: a randomized controlled trail. *Eur J Oncol Nurs.* 2024;72:102664.
131. Esplen MJ, Wong J, Warner E, Toner B. Kanserden sonra vücut imajının geri kazanılması: randomize kontrollü bir denemenin sonuçları. *J Clin Oncol.* 2018;36:749–56.
132. Richard A, Harbeck N, Wuerstlein R, Wilhelm FH. Recover your smile: effects of a beauty care intervention on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in patients with early breast cancer. *Psychooncology.* 2019;28(2):401-7.
133. Webb C, Jacox N, Temple-Oberle C. The making of breasts: navigating the symbolism of breasts in women facing cancer. *Plast Surg (Oakv).* 2019;27(1):49–53.
134. Lindau ST, Pinkerton EA, Abramsohn EM, Fuller CM, Grubb D, Mendoza T, et al. Importance of breast sensation after mastectomy: evidence from three sources. *Womens Health Rep (New Rochelle).* 2023;4(1):594-602.
135. Younis I, Abdelsalam OH, Hamed AM, Samy D. Characters and significance of female breasts in relation to female sexualilty. *Human Andrology.* 2017;7(2):50-57.

136. Marton L, Vizin G. A study on self-compassion and stigmatisation in female patients with breast cancer. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2023;25(2):57-69.
137. Kırya Vural B, Bayık Temel A. Cinsel doyumun yordanmasında bazı faktörlerin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2010;13(1):24-3.
138. World Health Organization Sexual And Reproductive Health Defining Sexual Health. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/ Son Erişim Tarihi 17 Aralık 2024.
139. World Health Organization Developing Sexual Health Programmes A Framework For Action. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1&isAllowed Son Erişim Tarihi 17 Ağustos 2024.
140. Beji NK, Aşçı ÖS. Cinsellikle ilgili kuramlar ve ilk bilimsel çalışmalar. *Androloji Bülteni*. 2011;45:160-63.
141. Haj Ali SMA. Understanding physiology and pathology of sexual health. *International Journal of Indian Psychology*. 2016;4(1):81.
142. Marnach ML, Casey PM. Understanding women's sexual health: a case-based approach. *Mayo Clin Proc*. 2008;83(12):1412-14.
143. Harding A. Rosemary basson: working to normalise women's sexual reality. *Lancet*. 2007;369(9559):363.
144. Yılmaz R. Cinsel işlev bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi ve diğer psikoterapi yöntem ve teknikleri. *Telakki Sosyal Bilimler Dergisi*. 2023;1(1):46-59.
145. Sathyanarana Rao TS, Nagaraj AM. Female sexuality. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(2):296-302.
146. Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The physiology of female sexual function and the pathophysiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2016;13:733-59.
147. Graziottin A, Giraldi A. Anatomy and physiology of women's sexual function. In: Porst H, Buvat J (Eds). *International Society of Sexual Medicine Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine*, UK, Blackwell, 2006:289-304.
148. Handy AB, Freihart BK, Meston CM. The relationship between subjective and physiological sexual arousal in women with and without arousal concerns. *J Sex Marital Ther*. 2020;46(5):447-59.

149. Kabadayı E, Başgöl Ş. Cinsel fizyolojide ve genital anatomide kadın ile erkek arasındaki benzerlik ve farklılıklar. *Androloji Bülteni*. 2024;26:218–24.
150. Krassioukov A, Elliott S. Neural control and physiology of sexual function: effect of spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2017;23(1):1–10.
151. Chow KM, Chan CWH, Choi KC, McCarthy AL. A multimodal couple-coping intervention for enhancing sexual adjustment among breast cancer women: study protocol for a randomised controlled trial. *PLoS One*. 2024;19(8):1-13.
152. Marsh S, Borges VF, Coons HL, Afghahi A. Sexual health after a breast cancer diagnosis in young women: clinical implications for patients and providers. *Breast Cancer Res Treat*. 2020;184(3):655-63.
153. World Health Organization Redefining Sexual Health For Benefits Throughout Life. <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-redefining-sexual-health-for-benefits-throughout-life> Son Erişim Tarihi 15 Kasım 2024.
154. Maleki M, Mardani A, Ghafourifard M, Vaismoradi M. Changes and challenges in sexual life experienced by the husbands of women with breast cancer: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):326.
155. Höbek Akarsu R, Kızılkaya Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*. 2016;18(65):134–37.
156. Bağ S. Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. İçinde: Deveci E (editör). *Kanser Psikiyatrisi*, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2022;35-45.
157. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-5*. Köroğlu E (Çeviren). 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2015.
158. Molinelli C, Jacobs F, Nader-Marta G, Borea R, Scavone G, Ottonello S, et al. Ovarian suppression: early menopause and late effects. *Curr Treat Options Oncol*. 2024;25(4):523-42.
159. Cucciniello L, Garufi G, Di Rienzo R, Martinelli C, Pavone G, Giuliano M. Estrogen deprivation effects of endocrine therapy in breast cancer patients: Incidence, management and outcome. *Cancer Treat Rev*. 2023;120:1-11.
160. Vizza R, Capomolla EM, Tosetto L, Corrado G, Bruno V, Chiofalo B, et al. Sexual dysfunctions in breast cancer patients: evidence in context. *Sex Med Rev*. 2023;11(3):179–95.

161. Hummel SB, Hahn DEE, Van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Broomans E, Aaronson NK. Factors associated with specific diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition sexual dysfunctions in breast cancer survivors: a study of patients and their partners. *J Sex Med.* 2017;14(10):1248–59.
162. Jahan N, Cathcart-Rake E, Vierkant RA, Larson N, Loprinzi C, O'Sullivan CC, et al. Sexual dysfunction in patients with metastatic breast cancer. *Clin Breast Cancer.* 2024;24(1):72-8.
163. Di Mattei VE, Perego G, Taranto P, Mazzetti M, Marotta E, Candiani M, et al. The long-term effects of cancer treatment on sexuality and couple relationships. *Fam Process.* 2021;60(3):853-65.
164. Odo BA, Kouassi KKY, Kodjo W, Sessegnon FA, Toure PGL, Toure YL, et al. Health-related quality of life and associated factors in breast cancer patients in Abidjan (Ivory Coast). *J Cancer Policy.* 2024;42.
165. Mangiardi-Veltin M, Hequet D, Segura-Djezzar C, Rouzier R, Bonneau C. Sexuality after breast cancer, how to provide a global and contemporary approach. *Bull Cancer.* 2023;110(1):113-28.
166. Recht A, Comen EA, Fine RE, Fleming GF, Hardenbergh PH, Ho AY, et al. Postmastectomy radiotherapy: an american society of clinical oncology, american society for radiation oncology, and society of surgical oncology focused guideline update. *J Clin Oncol.* 2016;34(36):4431-42.
167. Boswell EN, Dizon DS. Breast cancer and sexual function. *Transl Androl Urol.* 2015;4(2):160-8.
168. Sharma N, Purkayastha A. Impact of radiotherapy on psychological, financial, and sexual aspects in postmastectomy carcinoma breast patients: a prospective study and management. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2017;4(1):69-76.
169. Albornoz CR, Matros E, McCarthy CM, Klassen A, Cano SJ, Alderman AK, et al. Implant breast reconstruction and radiation: a multicenter analysis of long-term health-related quality of life and satisfaction. *Ann Surg Oncol.* 2014;21(7):2159-64.
170. Garg S, Mishra AK, Singh KR, Enny L, Ramakant P. Sexual health in premenopausal breast cancer survivors. *Indian J Surg Oncol.* 2024;15(3):601-08.
171. Aerts L, Christiaens MR,ENZLIN P, Neven P, Amant F. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *Breast.* 2014;23(5):629-36.

172. Rosenberg SM, Dominici LS, Gelber S, Poorvu PD, Ruddy KJ, Wong JS, et al. Association of breast cancer surgery with quality of life and psychosocial well-being in young breast cancer survivors. *JAMA Surg.* 2020;155(11):1035-42.
173. Pacaric S, Orkić Z, Milostić-Srb A, Turk T, Farčić N, Mikšić S, et al. Quality of life and sexual functioning of women after breast cancer surgery. *Open Access Maced J Med Sci.* 2021;9(B):1066-74.
174. Oskay Ü. Cinsellik ve Üreme Sorunları. İçinde: Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2020: 551-71.
175. Lambertini M, Arecco L, Woodard TL, Messelt A, Rojas KE. Advances in the management of menopausal symptoms, fertility preservation, and bone health for women with breast cancer on endocrine therapy. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2023;43:1-17.
176. Abel MK, Morgan T, Othieno A, Angeles A, Goldman M, Gynecological management of the breast cancer survivor. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2022;82:69-80.
177. Gandhi C, Butler E, Pesek S, Kwait R, Edmonson D, Raker C, et al. Sexual dysfunction in breast cancer survivors: is it surgical modality or adjuvant therapy? *Am J Clin Oncol.* 2019;42(6):500-06.
178. Verma N, Blackford AL, Thorner E, Lehman J, Snyder C, Stearns V, et al. Factors associated with worsening sexual function during adjuvant endocrine therapy in a prospective clinic-based cohort of women with early-stage breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2022;196(3):535-47.
179. Wu WJ, Quan MM, Gao L, Li Q, Yan CX, Zhang Q, et al. Demoralization and depression in chinese cancer patients. *Support Care Cancer.* 2021;29:6211-16.
180. Ceylan E, Rızalar S. Turkish validity and reliability of body image after breast cancer questionnaire. *J Educ Res Nurs.* 2022;19(2):182-90.
181. Erol Ursavaş F, Karayurt Ö. Adaptation of the sexual adjustment and body image scale in turkish breast cancer women. *Int J Nurs Knowl.* 2016;27(3):162-9.
182. Kaya B, Yakut Y. Meme kanseri tedavi sonuçları ölçeği türkçe versiyonun geçerlik ve güvenilirliği. *Egzersiz Tedavisi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2021;8(2):187-97.
183. Yassa M, Sargin MA, Dereli N, Özdemir YÖ, Akca G, Günay T ve ark. The validity and reliability of the turkish version of the quality of sexual experience scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2020;21:48-55.

184. Duan X, Shao Y, Zhao S, Zhang Z, Chen Y, Wang F, et al. Effects of dyadic coping on post-traumatic growth in patients and couples with breast cancer: an analysis based on the actor-partner interdependence model. *Support Care Cancer*. 2024;33(1):62.
185. Shaffer KM, Kennedy E, Glazer JV, Clayton AH, Cohn W, Reese JB, et al. Including partners in discussions of sexual side effects from breast cancer: a qualitative study of survivors, partners, and providers. *Support Care Cancer*. 2022;30(6):4935-44.
186. Almont T, Sougué PO, Houpert R, Beaubrun-Renard M, Montabord C, Joachim C, et al. Communication and sexual function and frequency in breast cancer patients 2 years after diagnosis: results from the VICAN 2 study. *J Sex Med*. 2024;21(4):333-41.
187. Zahedi H, Alizadeh-Dibazari Z, Mirghafourvand M, Sahebihagh MH, Hosseinzadeh M. The effectiveness of couple-based interventions on the marital outcomes of women with genital and breast cancer and their partners: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2024;24(1):391.
188. Reese JB, Zimmaro LA, Lepore SJ, Sorice KA, Handorf E, Daly MB, et al. Evaluating a couple-based intervention addressing sexual concerns for breast cancer survivors: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2021;21(1):173.
189. Reese JB, Sorice KA, Pollard W, Zimmaro LA, Beach MC, Handorf E, et al. Understanding sexual help-seeking for women with breast cancer: what distinguishes women who seek help from those who do not? *J Sex Med*. 2020(9):1729-39.
190. Dionigi F, Martinelli V, Trotti E, Ferrari A, Garcia-Etienne CA, Valle AD, et al. "My husband affects me more than my cancer": reflections on simultaneous intimate partner violence and breast cancer experience in a 48-year-old woman. *J Cancer Educ*. 2020;35(5):1041-45.
191. Che Ya SN, Muhamad R, Zakaria R, Mohd Zain N, Ishak A, Hassan II, et al. "I lost my gift to him": the consequences of female sexual dysfunction on breast cancer survivors in malaysia. *Arch Sex Behav*. 2022;51(3):1625-35.
192. Martins R, Otero P, Torres ÁJ, Vázquez FL. Quality of life and sexual satisfaction in women with breast cancer undergoing a surgical treatment and in their male partners. *J Clin Med*. 2022;11(23):6960.

193. Acquati C, Head KJ, Rand KL, Alwine JS, Short DN, Cohee AA, et al. Psychosocial experiences, challenges, and recommendations for care delivery among partners of breast cancer survivors: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):2786.
194. Otto AK, Soriano EC, LoSavio ST, Siegel SD, Perndorfer C, Fenech AL, et al. The longitudinal course of emotional and cognitive factors of fear of cancer recurrence in breast cancer patients and their partners. *Psychooncology*. 2022;31(7):1221-29.
195. Gao L, Liu JE, Zhou XP, Su YL, Wang PL. Supporting her as the situation changes: a qualitative study of spousal support strategies for patients with breast cancer in china. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(1): e13176
196. Jonsdottir JI, Vilhjalmsson R, Svavarsdottir EK. Effectiveness of a couple-based intervention on sexuality and intimacy among women in active cancer treatment: a quasi-experimental study. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;52:101975.
197. Phoosuwat N, Lundberg PC. Psychological distress and health-related quality of life among women with breast cancer: a descriptive cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2022;30(4):3177-86.
198. Csuka SI, Désfalvi J, Konkoly Thege B, Sallay V, Martos T. Relationship satisfaction and self-esteem in patients with breast cancer and healthy women: the role of expected and actual personal projects support from the partner. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):426.
199. Carroll AJ, Baron SR, Carroll RA. Couple-based treatment for sexual problems following breast cancer: a review and synthesis of the literature. *Support Care Cancer*. 2016;24(8):3651-9.
200. Shalamzari KH. Sexual counseling in breast cancer. *J Oncology*. 2022;2(2):1038.
201. Reese JB, Zimmaro LA, Lepore SJ, Sorice KA, Handorf E, Daly MB, et al. Evaluating a couple-based intervention addressing sexual concerns for breast cancer survivors: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):173.
202. Zhu P, Wu B, Zheng R, Cheng F, Wang M, Pei Y, et al. Oncology nurses' and oncologists' experience of addressing sexual health concerns in breast cancer patients: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2023;63:102286.

203. Chang YC, Hu WY, Chang YM, Chiu SC. Changes in sexual life experienced by women in Taiwan after receiving treatment for breast cancer. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019;14(1):1-8.
204. Papadopoulou C, Sime C, Rooney K, Kotronoulas G. Sexual health care provision in cancer nursing care: a systematic review on the state of evidence and deriving international competencies chart for cancer nurses. *Int J Nurs Stud*. 2019;100:103405.
205. Lu J, Chen XM, Xie KH. Effectiveness of nursing interventions on the sexual quality of life of patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022;17(11):1-16.
206. Ferreira SM, Gozzo Tde O, Panobianco MS, Dos Santos MA, De Almeida AM. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):82-9.
207. Canzona MR, Garcia D, Fisher CL, Raleigh M, Kalish V, Ledford CJ. Communication about sexual health with breast cancer survivors: variation among patient and provider perspectives. *Patient Educ Couns*. 2016;99(11):1814-20.
208. Azar M, Kroll T, Bradbury-Jones C. How do nurses and midwives perceive their role in sexual healthcare? *BMC Women's Health*. 2022;22(1):330.
209. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, Barton DL, Bolte S, Damast S, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline adaptation of cancer care ontario guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(5):492-511.
210. Benedict C, Fisher S, Kumar D, Pollom E, Schapira L, Kurian AW, et al. Examining associations among sexual health, unmet care needs, and distress in breast and gynecologic cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2022;38(6):151316.
211. Jung D, Kim JH. Effects of a sexual health care nursing record on the attitudes and practice of oncology nurses. *Sex Reprod Healthc*. 2016;(9):21-6
212. Delgado-Enciso OG, Melnikov V, Hernandez-Fuentes GA, Romero-Michel JC, Montes-Galindo DA, Guzmán-Sandoval VM, et al. Sociocultural and clinical determinants of sexual dysfunction in perimenopausal women with and without breast cancer. *Curr Oncol*. 2024;31(11):7363-78.

213. Afiyanti Y, Rachmawati IN, Milanti A. Evaluating sexual nursing care intervention for reducing sexual dysfunction in Indonesian cervical cancer survivors. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2016;3(3):266-71.
214. Eid K, Christensen S, Hoff J, Yadav K, Burtson P, Kuriakose M, et al. Sexual health education: knowledge level of oncology nurses and barriers to discussing concerns with patients. *Clin J Oncol Nurs*. 2020;24(4):E50-56.
215. Lopes JSOC, Costa LLA, Guimarães JV, Vieira F. The sexuality of women undergoing treatment for breast cancer. *Enfermería Global*. 2016;388-403.
216. Esin MN. Veri Toplama Yöntem ve Araçları ve Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (editörler). *Hemşirelikte Araştırma-Süreç, Uygulama ve Kritik*, 3. Baskı. İstanbul, Nobel Kitabevi, 2018: 193-233.
217. Comrey AL, Lee HB. *A First Course in Factor Analysis*, 2thed. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
218. Jing L, Zhang C, Li W, Jin F, Wang A. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Support Care Cancer*. 2019;27(4):1171-80.
219. Turan Z. Kadının meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirleme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması [yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2019.
220. Uçar T. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi [yüksek lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2008.
221. Karakuş F. Malatya il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları [yüksek lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2008.
222. Yusoff MSB. ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*. 2019;11(2):49–54.
223. Yeşilyurt S, Çapraz C. Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018;20(1):251-64.

224. Urhan E, Harmancı-Seren AK. Hemşireler için klinik uygulamada eleştirel düşünme ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2019;1(3):147-56.
225. Yurdugül H, Bayrak F. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerlik ölçüleri: kapsam geçerlik indeksi ve kappa istatistiğinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2012;2:264-71.
226. Gökdemir F, Yılmaz T. Likert tipi ölçekleri kullanma, modifiye etme, uyarlama ve geliştirme süreçleri. Journal of Nursology. 2023;26(2):148-60.
227. Akyüz HE. Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi: uygulamalı bir çalışma. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 2018;7(2):186-98.
228. Koyuncu I, Kılıç A. The use of exploratory and confirmatory factor analyses: a document analysis. Eğitim ve Bilim. 2019;44(198):361-88.
229. Doğan N, Soysal S, Karaman H. Ayni Örnekleme Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi Uygulanabilir mi? Küreselleşen Dünyada Eğitim, 2. Baskı. İstanbul, Pegem Akademi, 2017: 372-400.
230. Karagöz Y. SPSS-AMOS-META Uygulamalı İstatistiksel Analizler, 2. Baskı. Ankara, Nobel Kitabevi, 2019: 1002-11.
231. Kartal M, Bardakçı S. Tutum Ölçekleri, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2019: 41-94.
232. Orçan F. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: ilk hangisi kullanılmalı. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi. 2018;9(4):413-21.
233. Çakmur H. Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(3).
234. DeVellis RF, Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Totan T (Çeviren). 3. Baskı, Ankara: Nobel, 2017.
235. Nunnally JC. Psychometric Theory, 2th ed. New York, McGraw-Hill, 1978.
236. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics, 5th ed. Boston, Allyn & Bacon, 2007.
237. Gürbüz S. Amos ile Yapısal Eşitlik Modellemesi, 2. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2019: 30.
238. Davis LL. Instrument review: getting the most from a panel of experts. Applied Nursing Research. 1992;5(4):194-97.
239. Shi J, Mo X, Sun Z. Content validity index in scale development. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2012;37(2):152-5.

240. Fang SY, Chiu SC, Shu BC. The experience of women after breast cancer mastectomy: objectification theory perspective. *Hu Li Za Zhi*. 2011;58(4):75-80.
241. Courtney EP, Goldenberg JL. Adaptive self-objectification in the context of breast cancer: a theoretical integration of the terror management health model and research on objectification. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2022;14(4):1211–27.
242. Shrestha N. “Factor analysis as a tool for survey analysis.” *American Journal of Applied Mathematics Statistics*. 2021;9(1):4-11.
243. Karagöz Y. SPSS-AMOS-META Uygulamalı Nicel-Nitel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği, 4. Baskı. Ankara, Nobel Kitabevi, 2023: 1002.
244. Can A. SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi, 11. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2023: 319.
245. Sarmento RP, Costa V. Confirmatory factor analysis—a case study [Preprint]. *ArXiv*. 2019 Available from: <https://arxiv.org/abs/1905.05598> Accessed 2025 10 May.
246. Nargis F, Jauhar AA, Sattar M, Saba N, Riaz S, Waheed A. Understanding body image and sexual dysfunctions among women with breast cancer in pakistan. *Contemporary Journal of Social Science Review*. 2025;3(1):1863-75.
247. Röseler L, Wolf D, Leder J, Schütz A. Test-retest reliability is not a measure of reliability or stability: a friendly reminder [Preprint]. *ArXiv*. 2020. Available from: <https://arxiv.org/abs/2009.11635> Accessed 2025 May 10.
248. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;1:1-14.
249. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017;46:74-85.
250. Şengün İnan F, Üstün B. Experiences of turkish survivors of breast cancer: neuman systems model perspective. *Jpn J Nurs Sci*. 2016;13:466-77.
251. İzgü N. Meme kanseri tedavisini tamamlamış bireylerin tedavi sonrası döneme ilişkin deneyimleri: tanımlayıcı fenomenolojik bir araştırma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2020;12(3):385-96

252. Çiftçi H, Pelit ES, Katı B. Kadın cinselliğinde kültürel farklılıkların rolü. *Androloji Bülteni*. 2018;20(3):95-8.
253. Abdolmanafi A, Nobre P, Winter S, Tilley P, Jahromi R. Culture and sexuality: cognitive–emotional determinants of sexual dissatisfaction among iranian and new zealand women. *J Sex Med*. 2018;15(5):687-97.
254. Starc A, Enea V, Racz A, Palatin K, Gabrovec B, Đido V, et al. Predictors of sexual satisfaction: an international study. *Acta Clin Croat*. 2022;61(3):449-86.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



**EK-2. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik
Kurul izni**



EK-3. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu ankette, meme kanseri tanısı almış kadınlarda cinsel işlevin kapsamlı ölçümüne ilişkin sorular yer almaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Lütfen isminizi yazmayınız. Kişisel bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak tez için kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Seher DURĞUT

Anket No:

1. Yaşınız.....
2. Şu anda çalışma durumu.....
3. Hastalığınız çalışma durumunuzu etkiledi mi?
1. Hayır 2. Evet(İşi bıraktım/ İşe ara verdim)
4. Eğitim durumunuz?
1.İlköğretim 2. Lise 3. Üniversite ve üstü
5. Ekonomik durumunuz?
1. İyi 2. Orta 3. Kötü
6. Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?
1. İl 2. İlçe 3. Köy
7. Medeni durumunuz?
1. Evli 2. Düzenli birliktelik
8. Kaç yıldır birliktesiniz?
9. Partnerinizin yaşı
10. Partnerinizin çalışma durumu.....
11. Partnerinizin eğitim durumu?
1.İlköğretim 2. Lise 3. Üniversite ve üstü
12. Çocuğunuz var mı?
1. Hayır 2. Evet, (.... kız, erkek)
13. Çocuklarınızı emzirdiniz mi?
1. Hayır 2. Evet ise ne kadar süre.....

14. Adetleriniz düzenli mi?

1. Hayırgün/ay/yıldır adet olmuyorum 2. Evetgünde bir oluyorum

15. Şu anda doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet,yıldır doğum kontrol hapı kullanıyorum.

16. Menopoza girdiniz mi?

1. Hayır 2. Evet.....(Doğal/ Tedaviye bağlı)



Geçmiş Tıbbi Öykü Formu

1. Meme kanseri tanısı üzerinden ne kadar zaman geçti?

1. 2- 12 ay 2. 13- 24 ay 3. 25- 36 ay 4. 3 yıl ve daha fazla

2. Meme kanseri evreniz nedir?

1. Evre 1 2. Evre 2 3. Evre 3 4. Evre 4

3. Birinci derece akrabalarınızda (anne, kız kardeş, kız evlat, teyze vb) meme kanseri öyküsü var mı?

1. Evet 2. Hayır

4. Şu ana kadar memenize tanı amaçlı herhangi bir invaziv girişim (lenf nodu biyopsisi vb) yapıldı mı?

1. Evet 2. Hayır

5. Cerrahi tedavide uygulanan ameliyatın tipi nedir?

1. Total mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
2. Modifiye radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
3. Radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)

6. Mastektomi ameliyatınız hangi taraftaki memeniz için uygulandı?

1. Sol taraf mastektomi 2. Sağ taraf mastektomi 3. Bilateral mastektomi

7. Daha önce göğüs rekonstrüksiyonu yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır

8. Ameliyatınızın üzerinden ne kadar zaman geçti?

- 1.....ay 2.....yıl

9. Kemoterapi gördünüz mü?

1. Evet..... kere 2. Hayır

10. Radyoterapi gördünüz mü?

1. Evet.....kere 2. Hayır

11. Hormon tedavisi gördünüz mü?

1. Evet.....kere 2. Hayır

12. Başka bir jinekolojik ameliyat geçirdiniz mi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Histerektomi..... (Hangi yıl)
2. Ooferektomi:(Hangi yıl)
3. Hiçbiri



EK-4. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği (ECİÖ) Orijinali

A. Memelerin Rolü Öz-Kontrol Listesi

Açıklama: Lütfen her soruya verdiğiniz yanıtı en iyi temsil eden sayıyı daire içine alınız.

Puanlama aralığı: 1 = ifadeye kesinlikle katılmıyorum, 7 = ifadeye kesinlikle katılıyorum.

1. Memelerinizin büyüklüğü ya da şekli cinsel memnuniyetinizi etkiliyor mu?	1	2	3	4	5	6	7	Çok Önemli
2. Kadınların meme büyüklüğünün veya şeklinin eşlerin/partnerlerin cinsel memnuniyetini etkilediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7	Çok önemli
3. Mükemmel şekilli memelere sahip olmanın kadın fiziğinin vazgeçilmez bir ögesi olduğunu düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7	Çok önemli
4. Kadınların mükemmel şekilli memelere sahip olmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7	Çok önemli
5. Meme büyüklüğünün bir kadının güzelliğini temsil ettiğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7	Çok önemli
6. Kendi meme büyüklüğüne önem verir misiniz?	1	2	3	4	5	6	7	Son Derece Önem Veririm

B. Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği

Tedaviyi aldıktan sonra memelerinizin Ön Sevişmedeki Rolünde herhangi bir değişiklik oldu mu? Lütfen her bir soruya verdiğiniz yanıtı en iyi temsil eden kareyi doldurun.

Açıklama: "Tedavi süreci" ifadesi, ameliyat, kemoterapi, radyoterapi veya hedefe yönelik tedavinin alınma zamanı ve alındıktan sonraki bir aylık süreci kapsamaktadır. Puanlama aralığı: $-\%100 =$ ifadeye kesinlikle katılmıyorum $\%100 =$ ifadeye kesinlikle katılıyorum.

	-100%	-70%	-30%	Değişiklik yok	+30%	+70%	+100%
1. Tedavi aldığınız süreçte meme çekiciliğinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra meme çekiciliğinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tedavi aldığınız süreçte, eşiniz/partneriniz açısından meme çekiciliğinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, eşiniz/partneriniz açısından meme çekiciliğinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Önemli ölçüde sevmeydim	Kısmen sevmeydim	Çok az oranda sevmeydim	Fark yoktu	Çok az sevdim	Kısmen sevdim	Önemli ölçüde sevdim
3. Tedavi aldığınız süreçte, memelerinize dokunmaktan hoşlandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra memelerinize dokunmaktan hoşlandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Tedavi aldığınız süreçte eşiniz/partneriniz memelerinize dokunmaktan hoşlanırmıydı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, eşiniz/ partneriniz memelerinize dokunmaktan hoşlandı mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tedavi aldığınız süreçte, memelerinizi okşama veya ovma isteğiniz var mıydı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra memelerinizi okşama veya ovma isteğiniz oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tedavi aldığınız süreçte eşinizin/partnerinizin memelerinizi okşama veya ovma isteği var mıydı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra eşinizin/partnerinizin memelerinizi okşama veya ovma isteği oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Tedavi aldığınız süreçte memelerinizin emilmesinden hoşlandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra memelerinizin emilmesinden hoşlandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Tedavi aldığınız süreçte eşiniz/partneriniz memelerinizi emmekten hoşlanırmıydı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra eşiniz/partneriniz memelerinizi emmekten hoşlandı mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C. Meme Kanseri Kadınlar İçin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Tedavi aldıktan sonra seksüel aktivitelerinizde herhangi bir değişiklik var mı? Bu değişiklikler seksüel duygu ve yanıtları kapsayabilir. Lütfen her bir soruya olan yanıtınızı en iyi şekilde gösteren kareyi işaretleyiniz.

Aşağıdaki ifadeler, sorularda görülecek olan ilişkili terimlerin açıklamalarıdır:

- **Cinsel Aktivite** okşama eylemi, ön sevişme, mastürbasyon ve vajinal ilişkiyi kapsamaktadır.
- **Cinsel İlişki** penisin vajinaya girmesi olarak tanımlanmaktadır.
- **Cinsel Uyarılma** bir partnerle ön sevişme, kendi kendini uyarma (mastürbasyon) veya cinsel fantezileri kapsar.
- **Uyandırılmış Cinsel İstek** cinsel heyecanın hem fiziksel hem de zihinsel yönlerini içeren bir duygudur. Genital bölgelerde oluşan sıcaklık veya karıncalanma hislerini, kayganlaşma (ıslaklık) yı veya kasılmalarını içerebilir.
- **Cinsel Uyarılma veya Heyecan** vajinal kayganlaşma, hiperemi (kan toplanması) ve vücut sıcaklığındaki artış anlamına gelmektedir.
- **Tedavi Süreci** ifadesi ameliyat, kemoterapi, radyoterapi veya hedefe yönelik tedavinin yapıldığı ve bu tedavilerden bir ay sonraki zamana kadar olan süreci içine almaktadır.
- **Sıklık derecesi** belirli bir süre içerisinde bir eylemin yapılma sayısını belirtir.
- **Cinsel Arzu veya İlgi** seksüel bir deneyimi arzulama, bir partnerin cinsel eylemi başlatmasına istekli olma duyguları ve seks hakkında düşünme veya hayal kurma eylemlerini içeren duygulardır.

Puanlama aralığı: –% 100 = ifadeye kesinlikle katılmıyorum % 100 = ifadeye kesinlikle katılıyorum.

	-100%	-70%	-30%	Değişiklik yok	+30%	+70%	+100%
01. Tedavi aldığınız süreçte cinsel istek veya ilginizin sıklığında değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonraki süreçte, cinsel istek veya ilginizin sıklığında değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
02. Tedavi aldığınız süreçte cinsel istek düzeyinizde değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel istek düzeyinizde bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
03. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktiviteler veya cinsel ilişkide bulunduğunuzda, cinsel uyarılma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra cinsel aktivite veya cinsel ilişkide bulunduğunuzda cinsel uyarılma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
04. Tedavi aldığınız süreçte cinsel aktivite veya cinsel ilişkinin tetiklediği heyecan seviyenizde değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedavi sonrası süreç, tedavi süreciyle kıyaslandığında, cinsel aktivite veya cinsel ilişkinin tetiklediği heyecan seviyenizde değişiklik oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	-100%	-70%	-30%	Değişiklik yok	+30%	+70%	+100%
05. Tedaviniz süresince, tedaviden önceki döneme kıyasla cinsel ilişki esnasındaki uyarılmayla ilgili olarak kendinizi daha özgüvenli hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden önceki döneme kıyasla cinsel ilişki esnasındaki uyarılmayla ilgili olarak kendinizi şu anda daha özgüvenli hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
06. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde, yüksek cinsel dürtüye sahip olma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde, yüksek cinsel dürtüye sahip olma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
07. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde vajinal kayganlaşma sıklığınızda bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde vajinal kayganlaşma sıklığınızda bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
08. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde vajinal kayganlaşma zorluk düzeyi değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde vajinal kayganlaşma zorluk düzeyi değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	-100%	-70%	-30%	Değişiklik yok	+30%	+70%	+100%
09. Tedavi aldığınız süreçte, tüm cinsel aktivite veya cinsel ilişki süreci boyunca vajinal ıslaklığı sürdürmedeki zorluk seviyesinde bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, tüm cinsel aktivite veya cinsel ilişki süreci boyunca vajinal ıslaklığı sürdürmedeki zorluk seviyesinde bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki yaşadığınızda orgazma ulaşma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki yaşadığınızda orgazma ulaşma sıklığı değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmadaki zorluk seviyeniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmadaki zorluk seviyeniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma yeteneğinizle ilgili memnuniyet düzeyiniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktivite ya da cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma yeteneğinizle ilgili memnuniyet düzeyiniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	-100%	-70%	-30%	Değişiklik yok	+30%	+70%	+100%
13. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktiviteleriniz sırasında siz ve eşiniz/partneriniz arasında yaşanan duygusallığa ilişkin memnuniyet düzeyiniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktiviteleriniz sırasında siz ve eşiniz/partneriniz arasında yaşanan duygusallığa ilişkin memnuniyet düzeyiniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Tedavi aldığınız süreçte, eşinizle/partnerinizle aranızdaki cinsel ilişkiden memnuniyet düzeyiniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, eşinizle/partnerinizle aranızdaki cinsel ilişkiden memnuniyet düzeyiniz şimdiye kadar değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Tedavi aldığınız süreçte, genel olarak cinsel yaşamınızdan memnun muydunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, genel olarak cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel birleşme sırasında rahatsızlık veya ağrı yaşama sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedavi sonrası, cinsel birleşme sırasında rahatsızlık veya ağrı yaşama sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EK-5. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği Türkçe Uyarlaması

A. Memelerin Rolü Öz-Kontrol Listesi

Açıklama: Lütfen her soruya verdiğiniz yanıtı en iyi temsil eden sayıyı daire içine alınız.

Puanlama aralığı: 1 = ifadeye kesinlikle katılmıyorum, 7 = ifadeye kesinlikle katılıyorum.

- | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| 1. Memelerinizin büyüklüğü ya da şekli cinsel memnuniyetinizi etkiliyor mu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Çok Önemli |
| Önemli değil | | | | | | | | |
| 2. Kadınların meme büyüklüğünün veya şeklinin eşlerin/partnerlerin cinsel memnuniyetini etkilediğini düşünüyor musunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Çok önemli |
| Önemli değil | | | | | | | | |
| 3. Mükemmel şekilli memelere sahip olmanın kadın fiziksinin vazgeçilmez bir ögesi olduğunu düşünüyor musunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Çok önemli |
| Önemli değil | | | | | | | | |
| 4. Kadınların mükemmel şekilli memelere sahip olmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Çok önemli |
| Önemli değil | | | | | | | | |
| 5. Meme büyüklüğünün bir kadının güzelliğini temsil ettiğini düşünüyor musunuz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Çok önemli |
| Önemli değil | | | | | | | | |
| 6. Kendi meme büyüklüğüne önem verir misiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Son Derece Önem Veririm |
| Hiç umursamıyorum | | | | | | | | |

B. Ön Sevişme Sırasında Memelerin Rolü Ölçeği

Tedaviyi aldıktan sonra memelerinizin Ön Sevişmedeki Rolünde herhangi bir değişiklik oldu mu? Lütfen her bir soruya verdiğiniz yanıtı en iyi temsil eden kareyi doldurun.

Açıklama: "Tedavi süreci" ifadesi, ameliyat, kemoterapi, radyoterapi veya hedefe yönelik tedavinin alınma zamanı ve alındıktan sonraki bir aylık süreci kapsamaktadır. Puanlama aralığı: $-\% 100 =$ ifadeye kesinlikle katılmıyorum $\% 100 =$ ifadeye kesinlikle katılıyorum.

	(-100%) Önemli ölçüde sevmezdim	(-70%) Kısmen Sevmezdim	(-30%) Çok az oranda sevmezdim	Fark yok	(+30%) Çok az sevdim	(+70%) Kısmen sevdim	(+100%) Önemli ölçüde sevdim
1. Tedavi aldığınız süreçte, memelerinize dokunmaktan hoşlandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra memelerinize dokunmaktan hoşlandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tedavi aldığınız süreçte eşiniz/partneriniz memelerinize dokunmaktan hoşlanır mıydı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, eşiniz/ partneriniz memelerinize dokunmaktan hoşlandı mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tedavi aldığınız süreçte, memelerinizi okşama veya ovma isteğiniz var mıydı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra memelerinizi okşama veya ovma isteğiniz oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Tedavi aldığınız süreçte eşinizin/partnerinizin memelerinizi okşama veya ovma isteği var mıydı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra eşinizin/partnerinizin memelerinizi okşama veya ovma isteği oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tedavi aldığınız süreçte memelerinizin emilmesinden hoşlandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra memelerinizin emilmesinden hoşlandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tedavi aldığınız süreçte eşiniz/partneriniz memelerinizi emmekten hoşlanır mıydı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra eşiniz/partneriniz memelerinizi emmekten hoşlandı mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C. Meme Kanseri Kadınlar İçin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Tedavi aldıktan sonra seksüel aktivitelerinizde herhangi bir değişiklik var mı? Bu değişiklikler seksüel duygu ve yanıtları kapsayabilir. Lütfen her bir soruya olan yanıtınızı en iyi şekilde gösteren kareyi işaretleyiniz.

Aşağıdaki ifadeler, sorularda görülecek olan ilişkili terimlerin açıklamalarıdır:

- **Cinsel Aktivite** okşama eylemi, ön sevişme, mastürbasyon ve vajinal ilişkiyi kapsamaktadır.
- **Cinsel İlişki** penisin vajinaya girmesi olarak tanımlanmaktadır.
- **Cinsel Uyarılma** bir partnerle ön sevişme, kendi kendini uyarma (mastürbasyon) veya cinsel fantezileri kapsar.
- **Uyandırılmış Cinsel İstek** cinsel heyecanın hem fiziksel hem de zihinsel yönlerini içeren bir duygudur. Genital bölgelerde oluşan sıcaklık veya karıncalanma hislerini, kayganlaşma (ıslaklık) yı veya kasılmalarını içerebilir.
- **Cinsel Uyarılma veya Heyecan** vajinal kayganlaşma, hiperemi (kan toplanması) ve vücut sıcaklığındaki artış anlamına gelmektedir.
- **Tedavi Süreci** ifadesi ameliyat, kemoterapi, radyoterapi veya hedefe yönelik tedavinin yapıldığı ve bu tedavilerden bir ay sonraki zamana kadar olan süreci içine almaktadır.
- **Sıklık derecesi** belirli bir süre içerisinde bir eylemin yapılma sayısını belirtir.
- **Cinsel Arzu veya İlgi** seksüel bir deneyimi arzulama, bir partnerin cinsel eylemi başlatmasına istekli olma duyguları ve seks hakkında düşünme veya hayal kurma eylemlerini içeren duygulardır.

Puanlama aralığı: –% 100 = ifadeye kesinlikle katılmıyorum % 100 = ifadeye kesinlikle katılıyorum.

	-100%	-70%	-30%	Değişiklik yok	+30%	+70%	+100%
01. Tedavi aldığınız süreçte cinsel istek veya ilginizin sıklığında değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonraki süreçte, cinsel istek veya ilginizin sıklığında değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
02. Tedavi aldığınız süreçte cinsel istek düzeyinizde değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel istek düzeyinizde bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
03. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktiviteler veya cinsel ilişkide bulunduğunuzda, cinsel uyarılma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra cinsel aktivite veya cinsel ilişkide bulunduğunuzda cinsel uyarılma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
04. Tedavi aldığınız süreçte cinsel aktivite veya cinsel ilişkinin tetiklediği heyecan seviyenizde değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedavi sonrası süreç, tedavi süreciyle kıyaslandığında, cinsel aktivite veya cinsel ilişkinin tetiklediği heyecan seviyenizde değişiklik oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	-100%	-70%	-30%	Değişiklik yok	+30%	+70%	+100%
05. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde, yüksek cinsel dürtüye sahip olma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde, yüksek cinsel dürtüye sahip olma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
06. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde vajinal kayganlaşma sıklığınızda bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde vajinal kayganlaşma sıklığınızda bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
07. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde vajinal kayganlaşma zorluk düzeyi değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktivitelerde bulunduğunuzda veya cinsel ilişkiye girdiğinizde vajinal kayganlaşma zorluk düzeyi değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
08. Tedavi aldığınız süreçte, tüm cinsel aktivite veya cinsel ilişki süreci boyunca vajinal ıslaklığı sürdürmedeki zorluk seviyesinde bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, tüm cinsel aktivite veya cinsel ilişki süreci boyunca vajinal ıslaklığı sürdürmedeki zorluk seviyesinde bir değişim oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	-100%	-70%	-30%	Değişiklik yok	+30%	+70%	+100%
09. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki yaşadığınızda orgazma ulaşma sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki yaşadığınızda orgazma ulaşma sıklığı değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmadaki zorluk seviyeniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmadaki zorluk seviyeniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma yeteneğinizle ilgili memnuniyet düzeyiniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedaviden sonra, cinsel aktivite ya da cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma yeteneğinizle ilgili memnuniyet düzeyiniz değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Tedavi aldığınız süreçte, cinsel birleşme sırasında rahatsızlık veya ağrı yaşama sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tedavi sonrası, cinsel birleşme sırasında rahatsızlık veya ağrı yaşama sıklığınız değişti mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EK-6. Görüşü Alınan Uzmanların Listesi



EK-7. Entegre Cinsel İşlev Ölçeği Kullanım İzni



**EK-8. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Onkoloji Hastanesi Başhekimliği
Kurum İzni**



EK-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Katılacağınız çalışma doktora tez çalışması olup, bu form Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlevin Tüm Yönleriyle Değerlendirilmesi: “Entegre Cinsel İşlev Ölçeği”nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması adlı araştırma kapsamında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Bu form, araştırmaya dahil edilen kadınların tanıtıcı özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyo ekonomik durum gibi), kadının geçmiş tıbbi öyküsünü (meme kanseri yaşı, evresi, tedavi tipi vb) içeren iki anketle birlikte, meme kanserli kadınlarda cinsel işlevin değerlendirilmesi amacıyla 2020 yılında geliştirilen 30 madde içeren “Integrated Sexual Function Scale- ISFS” adı verilen ölçeğin Türkçe formu “Entegre Cinsel İşlev Ölçeği” kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. İstedığınız aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Anketlerde bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından son derece önemlidir. Bu nedenle sorulara eksiksiz ve sizin düşüncenize en uygun cevabı vermenizi rica ederiz. Araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Elde edilen sonuçlar sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Katılımınız ve gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.