

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

Meme Kanseri Hastalarında Eşler Arası Uyum ve Sosyal Destek Düzeyinin Depresyon, Anksiyete, Benlik Saygısı ve Cinsellik Üzerine Etkilerinin İncelenmesi

Kübra DURAN¹, Aslı SARANDÖL²

¹ Osmancık Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Çorum.

² Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

ÖZET

Bu çalışmada meme kanseri hastalarında eşler arasındaki uyum ve algılanan sosyal desteğin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsellik üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlandı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran ve meme kanseri tanısı olan 50 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan tüm hastalar, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu (G-RCDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ile değerlendirilmiştir. Hastaların eşler arası uyum ve sosyal destek düzeyleri arttıkça BDÖ, BAÖ ve G-RCDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu izlendi ($p<0,05$). Eşler arası uyum düzeyi ve sosyal destek düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Sosyodemografik özellikler ve hastalıkla ilgili değişkenler ile bakılan ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Meme kanseri tanısı bulunan hastaların hastalıkla mücadele etmelerinde ve psikososyal yönden uyum sağlamalarında eşlerinden ve aileden gelen sosyal destek önemli bir etmendir. Hastaların yaşadığı ruhsal sorunların azaltılmasında eşlerin ve ailelerin de katıldığı psikoeğitim ve psikososyal destek programlarının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik. Depresyon. Eş desteği. Meme kanseri. Sosyal destek.

Investigation of the Effects of Spousal Adjustment and Social Support Level on Mental Health, Self-Esteem and Sexual Function in Patients Diagnosed with Breast Cancer

ABSTRACT

In this examination, we aimed to investigate the effects of marital adjustment and perceived social support on depression, anxiety, self-esteem, and sexuality in patients with breast cancer. Fifty breast cancer patients who applied to Uludag University Medical Faculty Mental Health Department and Department of Radiation Oncology were included in the study. The Beck Depression Scale (BDS), the Beck Anxiety Scale (BAS), the Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale-Woman Form (GRSSS), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS) was assessed with the Couple Adjustment Scale (CAS). As the level of couple adjustment and social support of patients increased, it was observed that there was a statistically significant decrease in BDS, BAS, and GRSSS scores. No significant relationship was found between socio-demographic characteristics and disease-related variables and scale scores. Conclusion: Social support from partners and family members is important in patients with breast cancer diagnoses and psychosocial disorders. It is thought that psycho-education and psychosocial support programs which spouses and their families participate in reducing psychiatric problems experienced by patients can be beneficial.

Keywords: Breast cancer. Depression. Sexuality. Social support. Spouse support.

Geliş Tarihi: 12.Ağustos.2022

Kabul Tarihi: 27.Aralık.2022

Dr. Kübra DURAN
Kurum ve Adresi: Osmancık Devlet Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği, Çorum
Tel.: 0531 710 74 26
E-posta: kubrktss@gmail.com

Yazarların ORCID Bilgileri:

Kübra DURAN: 0000-0002-9423-1357

Aslı SARANDÖL: 0000-0002-1092-8254

Meme kanseri tanısı bulunan hastaların hastalıkla mücadele etmelerinde ve psikososyal yönden uyum sağlamalarında eşlerinden ve aileden gelen sosyal destek önemli bir etmendir. Aynı zamanda meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir^{1,2}. Meme kanseri tanısı hasta için çok çeşitli tıbbi prosedür ve zorlukların yanında önemli psikososyal problemleri de beraberinde getirir. Bu problemler arasında akut stres reaksiyonu, uyum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve depresif bozukluklar sayılabilir^{3,4}. Meme kanseri tanılı hastalarda genç yaş, düşük gelir ve eğitim düzeyi, geçmişte ruhsal hastalık öyküsü, ağrı ve uykusuzluk gibi etmenlerin ruhsal sorunlara yatkınlık oluşturduğu

gösterilmiştir⁵. Hastaların yaşadıkları zorlayıcı duygu ve düşüncelerin konuşulmaması, bu süreçteki travmatik yaşantıların paylaşılmaması ve destekleyici bir çevrenin bulunmaması depresyon ve diğer ruhsal belirtileri artırmaktadır^{6,7}.

Meme kanserinin, kadınların ruhsal durumunu diğer kanser türlerine göre farklı yönlerden etkilediği bilinmektedir. Meme dokusu, kadınlarda dişilik özellikleri ve cinselliği simgeler; bu nedenle meme kanseri tanısı sadece yaşamın değil aynı zamanda kadınlık imgesinin de tehdit altında hissedilmesine neden olmaktadır⁸. Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucunda yaşanan meme dokusunun kaybı kadınlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve kadınlarda bu durum beden algısı ve benlik saygısında bozulmalara neden olarak cinsellikle ilgili problemleri beraberinde getirmektedir. Memenin kaybı, kadınlarda cinsel istekte azalma, beden algısında bozulma, dişilik özellikleri ve dış görünüş ile ilgili kaygıların yaşanmasına neden olmaktadır^{9,10}. Özellikle genç yaşta hastaların memenin kaybindan daha fazla etkilendiği daha fazla ruhsal ve cinsel sorunlar yaşadığı bilinmektedir¹¹. Konuyla ilgili yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde meme kanseri nedeniyle farklı cerrahi girişim deneyimleyen kadınların cinsel yaşamları üzerinde özellikle mastektominin olumsuz etkisi olduğu, meme koruyucu cerrahinin ise daha iyi sonuçlar verdiği bildirilmiştir^{12,13}. Meme kanserinin radyoterapi, kemoterapi ya da hormonal tedavisinin de hastanın fiziksel sağlığını ve cinsel hayatını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir^{14,15}.

Meme kanseri hastalarında aile desteği ve psikososyal desteğin ruhsal bozukluklar açısından koruyucu olduğu, hastalığa uyum sürecine ve hastalıkla mücadele etmeye yardımcı olduğu, bu hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha az görüldüğü bilinmektedir^{16,17}. Sosyal desteğin yeterli olması uyum sürecinde yaşanan psikolojik sorunların azaltılmasında oldukça önemlidir ve hastaların yaşadıkları stresin azalmasına yardımcı olmaktadır^{18,19}. Hastaların eşlerinden ve ailelerinden aldıkları sosyal destek kadınların kansere ilişkin psikolojik sıkıntılarını azaltmaktadır^{17,20}.

Bunun yanında meme kanseri tanısı almış kadınlarda ruhsal ve cinsel sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri eş ile olan ilişkinin kalitesidir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda evlilik doyumları ve eşlerinden aldıkları duygusal desteği daha iyi olan hastalarda depresif belirtilerin, cinsel yaşam ve beden algısı ile ilgili sorunların daha az görüldüğü bildirilmiştir^{17,20-23}. Ruhsal sorunların ortaya çıkmasında psikososyal etmenler ile hastaların ailelerinden, çevrelerinden ve eşlerinden aldıkları psikolojik desteğin koruyucu olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir.

Günümüzde meme kanseri de dâhil olmak üzere kanser hastalarında sağ kalım uzamış ve bu hastalarda

sağ kalım kadar yaşam kalitesi de önem kazanmıştır. Kanser hastalarında yaşam kalitesini bozan kanserin kendisi ve tedavilerine bağlı doğrudan etkenler yanında kanserin neden olduğu psikososyal zorluklar vardır ve araştırmalar bu tür güçlüklerin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörler olabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla meme kanseri tanısı olan kadınlara yönelik tıbbi bakım mutlaka psikososyal müdahaleleri de içermelidir. Bu tür müdahaleler başlangıçta doğrudan hastaya yönelik müdahaleler olarak yürütülürken zaman içinde hastanın yakın çevresinin önemi fark edilmiş ve onları da kapsayan araştırma ve uygulamalar artmıştır.

Kanserin psikososyal boyutu hasta ile sınırlı olmadığından ve beden-zihin birlikteliği içinde kanser tedavisini bütüncül olarak ele alabilmek için kanser hastalarını yakın çevresi ve bu çevre ile etkileşim çerçevesinde ele alan çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın amacı meme kanseri tanılı hastaların eş ve yakın çevrelerinden ne kadar destek aldıklarını ve bu desteğin bu hastaların depresyon, anksiyete, beden algısı, benlik saygısı ve cinsel sağlıkları üzerine etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Örneklem seçimi ve prosedür

Örneklem grubu 15.11.2017–15.03.2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Radyasyon Onkolojisi polikliniklerine başvuran, meme kanseri tanısı nedeniyle takip edilen hastalar arasından seçildi. Çalışmaya 70 hasta dâhil edildi, bir hasta boşanmış olduğu için, 11 hasta ek kronik hastalığı olduğu için (diyabet ve hipertansiyon) ve 8 hasta ise antidepresan kullanmakta olduğu için çalışmanın dışında bırakıldı. Sonuç olarak çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan 50 meme kanseri hastası analizlere katıldı. Katılımcılar polikliniklere muayene için gelen meme kanseri tanılı hastalar arasından rastgele örnekleme yöntemi ile belirlendi ve müdahalesiz gözlem çalışması olarak planlandı. Her bir katılımcı demografik bilgilerin toplanabilmesi ve çalışma hakkında bilgilendirme için 20 dakikalık yüz yüze görüşmeye alındı. Ölçek formları doldurmaları için ayrıca 30 dakikalık bir süre verildi. Daha öncesinde literatürde birebir benzer çalışma olmadığından, 7 hasta üzerinde pilot çalışma yapılarak, eşler arasındaki uyum düzeyi ile cinsel fonksiyon arasındaki ilişki primer karşılaştırma olarak düşünüldü ve minimum kaç birey üzerinde olması gerektiği tahmin edilmeye çalışıldı. 7 hasta üzerinde eşler arasındaki uyum düzeyi ile cinsel fonksiyon arasındaki ilişkide elde edilen korelasyon katsayısı üzerinden ($r=-0,630$) %80 güç ve %5 I. tip hata koşulları altında; değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı tespit edilebilmesi için minimum 17

Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Semptomlar ve İlişkili Faktörler

hasta ile çalışılması ön görüldü. Bununla beraber çalışmadaki 50 hastalık toplanan veri üzerinden çalışmanın gücü hesaplandığında %99 olduğu görüldü. Güç analizi G*Power version 3.1.9.7 programı ile yapıldı.

Çalışma protokolü Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 21.10.2017 tarih ve 2017 -17/7 sayılı kararıyla onaylandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hastaya çalışmanın amacıyla ilgili sözel olarak bilgilendirilme yapılarak U.Ü.T.F Etik Kurulu'na onaylanmış olan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalandıktan sonra ölçekler ile değerlendirme yapıldı.

Çalışmaya 18-60 yaşları arasındaki en az ilkököl mezunu olan, erken evrede (0,1,2) tanı alan, tanı ve tedavisinden sonra en az bir en fazla beş yıl geçmiş olan, evli ya da cinsel partneri bulunan, hastalar dâhil edildi. Son 6 ayda psikiyatrik tedavi almış ya da almakta olan, intihar düşüncesi olan, kronik ve kontrolsüz tıbbi hastalığı olan, 60 yaş üzeri hastalar çalışmanın dışında bırakıldı.

Uygulanan Form ve Ölçekler

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form ile çalışmaya alınan meme kanserli hastaların yaşı, medeni durumu, kimlerle yaşamakta olduğu, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve ek ruhsal (majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi) veya tıbbi hastalık (diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, endokrin hastalıklar gibi) öyküsü ile ilgili bilgiler alınmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bilişsel, duygusal ve somatik belirtileri ölçmek amacıyla kullanılan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin özgün formu 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır ve kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir²⁴.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireylerin anksiyete belirtilerinden ne kadar rahatsız olduklarını ölçmeyi amaçlayan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksekliği yaşanan anksiyetenin yüksekliğini göstermektedir. 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²⁵.

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (G-RCDÖ): Cinsel sorunların varlığını ve şiddetini değerlendiren likert tipi bir ölçektir. 28 maddeden oluşur, erkekler ve kadınlar için iki ayrı formu bulunmaktadır. Yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını göstermektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuğrul ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır^{26,27}.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ): Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur. Ölçek çoktan seçmeli sorulardan yapılmış 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk "10" maddesi kullanılmıştır. İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0-1 ise benlik saygısı yüksek, 2-4 ise orta, 5-6 ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir²⁸.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren likert tipi bir ölçektir.Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²⁹.

Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ): Spanier tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 2000 yılında Fırsıloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır. ÇUÖ çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik ölçektir. Toplam ölçüm puanları evlilik uyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir³⁰.

İstatistiksel Analiz

Tüm veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 paket programında analiz edilmiştir. Tüm değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ve yüzde değerleri hesaplanmıştır (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler). Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Student-t Test, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamlı farklılık $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Hastaların 31'i (62%) 41-50 yaş arasındaydı. 19 (38%) hasta ilk okul ve 19 (38%) hasta lise mezunu idi. 33 (66%) meme koruyucu cerrahisi almıştı ve 17 (34%) hastaya ise mastektomi yapılmıştı. Hastalık süresi ortalama $2,9 \pm 1,5$ yıldır. Çalışmaya alınan hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo I. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı*

	Min-Maks.	Ort. ± SD.
Tanı Süresi	1-5	2,9 ± 1,5
	n	%
Yaş		
30-40	9	18
41-50	31	62
51 ve üzeri	40	20
Eğitim Durumu		
İlkokul	19	38
Ortaokul	8	16
Lise	49	38
Üniversite	4	8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	29	58
Çalışmıyor	21	42
Cerrahi Tipi		
Mastektomi	17	34
Meme Koruyucu Cerrahi	33	66

*Tanımlayıcı istatistikler “**Min:** Minimum, **Maks:** Maksimum, **Ort:** Ortalama, **SD:** Standart Sapma” olarak verilmiştir.

Bu araştırmada eşler arasındaki uyum ve sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğunda anlamlı azalma olduğu tespit edilmiştir. Eşler arasındaki uyum ve sosyal destek ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Karşılaştırmalı analizlerde ve korelasyon tablolarında, demografik ve kanser kliniğine dair parametrelerle yaş, eğitim düzeyi, hastalık süresi, çalışma durumu ve cerrahi tipi ile depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Olguların BDÖ puanları 0 ile 53 arasında değişmekte olup, ortalama 17,34±11,38’dir. Olguların BAÖ puanları ise 3 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalama 18,96±12,03’tür. Hastaların %34’ünde orta-şiddetli düzeyde depresif belirtilerin ve %30’unda şiddetli anksiyete belirtilerinin olduğu gözlenmiştir. Ortalama 45,6 olan G-RCDÖ puanları meme kanserli hastalarda cinsel işlev bozukluğunun olduğunu göstermektedir. Olguların RBSÖ puanları 0 ile 3,5 arasında değişmekte olup ortalama 0,97 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada hastaların benlik saygısında bozulma yaşamadıkları tespit edilmiştir. BDÖ, BAÖ, RBSÖ ve G-RCDÖ ‘ne ilişkin dağılımlar Tablo II’de verilmiştir.

Olguların eşler arası uyum düzeyleri arttıkça, BDÖ ($p<0,01$, $r = -0,631$), BAÖ ($p<0,01$, $r=-0,362$) ve G-RCDÖ ($p<0,01$, $r=-0,636$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu bulundu. Eşler arası uyum düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p=0,1$).

Olguların sosyal destek düzeyleri arttıkça BDÖ ($p<0,01$, $r = -0,556$), BAÖ ($p<0,01$, $r=-0,317$) ve G-RCDÖ ($p<0,01$, $r=-0,499$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu bulundu. Sosyal destek düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p=0,187$). ÇUÖ ve Çok Boyutlu Algılanan SDÖ ile BDÖ, BAÖ, RBSÖ ve G-RCDÖ puanları arasındaki ilişki Tablo III’te gösterilmiştir.

Tablo II. BDÖ, BAÖ, RBSÖ ve G-RCDÖ’ne ilişkin dağılımlar*

	Medyan	Min.- Maks.	Ort. ± SD.
Beck Depresyon Ölçeği	14,5	0-53	17,34 ± 11,38
Beck Anksiyete Ölçeği	15	3- 48	18,96 ± 12,03
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	0,91	0-3,5	0,97 ± 0,82
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	35,5	10- 89	45,66 ± 20,90

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

*Tanımlayıcı istatistikler “**Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum, **Ort:** Ortalama, **SD:** Standart Sapma ve Medyan” olarak verilmiştir.

Tablo III. ÇUÖ ve Çok Boyutlu Algılanan SDÖ ile BDÖ, BAÖ, RBSÖ ve G-RCDÖ puanları arasındaki ilişki*

		BDÖ	BAÖ	RBSÖ	G-RCDÖ
Çiftler Uyum Ölçeği	p	<0,010	0,010	0,100	<0,001
	r	-0,631	-0,362	-0,234	-0,636
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	p	<0,010	0,025	0,187	<0,010
	r	-0,556	-0,317	-0,190	-0,499

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

*Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Yaş, tanı süresi, iş durumu, eğitim durumu ve cerrahi tipine göre BAÖ, BDÖ, G-RCDÖ ve RBSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışma meme kanseri tanı hastalarda depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluklarının eş uyumu ve algılanan sosyal destek düzeyleri ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Buna göre eş uyumu ve algılanan sosyal destek puanları arttıkça depresyon ve cinsel işlev bozuklukları alanlarında daha belirgin olmak üzere anksiyete puanlarında da iyileşme olmaktadır.

Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Semptomlar ve İlişkili Faktörler

Meme kanserli hastalarda yapılan birçok çalışmadan elde edilen bulgular meme kanseri tanı ve tedavisinin önemli derecede psikiyatrik komorbidite ve uyum sorunlarına yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu durum hastalıkla ilgili tıbbi değişkenler ve tedavi durumundan bağımsız olarak da depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalarla da desteklenmiştir³¹⁻³³. Vin Raviv ve ark.'nın³⁴ 4164 meme kanserli hasta ile 4164 meme kanseri olmayan kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak hastaların %34'ünde orta-şiddetli düzeyde depresif bulgular ve %30'unda ise şiddetli anksiyete belirtilerinin olduğu gözlenmiştir.

Meme kanseri tanılı hastalarda cinsel sağlığı olumsuz etkileyecek çok sayıda genel tıbbi durum, ilaç, cerrahi ve psikososyal durumlara bağlı risk faktörü bulunmaktadır. Bruno ve ark.'nın³⁵ meme kanseri olan hastalarda cinsel işlev bozukluklarını inceledikleri bir çalışmada hastaların cinsel işlevlerle ilgili önemli sorunlar yaşadığını ve cinsel işlev bozukluğunun özellikle genç yaşla ilgili olduğunu vurgulanmıştır. Sonuçlarımızın işaret ettiği gibi, ortalama 45,6 olan GRCDÖ puanları meme kanserli hastalarda cinsel işlev bozukluğunun yaygın olduğunu ortaya koymaktadır ve bu bulgular ilgili diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

Meme kanseri tanılı kadınlar birçok psikososyal ve ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Bu süreçte özellikle eşlerden gelen sosyal desteğin koruyucu olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir^{20,36,37}. Meme kanseri tedavisi gören hastaların eşlerinin yüksek emosyonel desteğinin cinsel yaşamla ilgili güçlükleri azalttığı ve pozitif bir eş ilişkisine sahip olan hastaların beden algısı ve cinsellikle ilgili daha az sorun yaşadıkları gösterilmiştir^{21,22}. Meme cerrahisinden sonra eşlerin duygusal katılımları ve kanserle ilgili zor duygular ve deneyimler hakkında iletişim kurma isteklerinin hastaların kanserle baş etme sürecini kolaylaştırdığı, duygusal sıkıntıları azalttığı ve psikiyatrik belirtileri hafifletebildiği bildirilmiştir^{38,39}. Bizim çalışmamızda çiftler arası uyum düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve cinsel doyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eşleri ile uyum düzeyleri daha iyi olan hastaların daha az depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğu belirtileri yaşadıkları gözlenmiştir.

Meme kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda sosyal desteğin hastalık sürecinde önemli bir rolü olduğu ve tanıdan sonraki dönemde hastalar arasında depresif duygu durumunun en iyi yordayıcısı olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda meme kanseri tanı ve tedavisi sonrası sosyal desteğin yaşam kalitesi ve genel sağlık sonuçları üzerinde önemli bir rol

oynadığı gösterilmiştir^{40,41}. Meme kanseri hastalarında tanı sonrası dönemde depresyon ve anksiyete ile ilgili belirteçlerin incelendiği araştırmalarda sosyal desteğin düşük olmasının depresyon ve anksiyete belirtilerinin gelişmesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir^{42,43}. Artmış sosyal destek meme kanseri hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevsellikleri ile yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler göstermektedir⁴³⁻⁴⁵. Bu çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Sosyal destek düzeyi daha iyi olan hastaların daha az depresyon ve anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir.

Konuyla ilgili yapılan birçok çalışmanın aksine bu çalışmada yaş, eğitim düzeyi, tanı süresi, çalışma durumu ve cerrahi tipi ile depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bu çalışmanın bu alanda yapılan önceki çalışmalardan en önemli farkı örneklem grubunun ruhsal yakınmaların ve uyum sorunlarının yoğun olduğu tanı sonrası erken dönemi içermemesidir. Hastaların tanı ve cerrahi sonrası erken dönemde daha fazla ruhsal sıkıntı yaşadığı, hastalık süresi ilerledikçe uyum sorunlarının azaldığı bilinmektedir. Tanı aşaması özellikle hasta ve yakın çevresinde korku ve endişe uyandırmaktadır. Başlangıçta medikal tetkik ve tedavilere odaklanan hastalar zaman içinde psikososyal uyum sürecine girmeye başlarlar. Bu dönemin nasıl ilerleyeceğini belirleyen en önemli faktör sosyal destek sistemlerinin yeterli düzeyde olmasıdır. Erken dönemde sosyal desteğin kalitesi daha sonraki dönemde ruhsal ve cinsel sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak bilinmektedir. Ancak bizim çalışmamız sosyal desteğin erken dönemdeki bu öneminin uzun dönemde de etkisini sürdürdüğünü ortaya koymaktadır.

Sonuçlarımıza göre hastaların yaşadığı psikolojik sorunlar eşlerden ve aileden gelen sosyal destek düzeyleri ile önemli ölçüde ilişkilidir. Bu ilişki sadece yaşam kalitesi bakımından değil medikal/cerrahi tedavilerin mortalite sonuçları gibi tıbbi durumu ve kanser hastalarında önemi bir sorun olan tedavi uyumu bakımından da önemli iyileşmeler sağlar^{46,47}. Hastaların yaşadıkları ruhsal ve psikososyal zorlanmaların azaltılmasında hastaya yönelik psikiyatrik müdahalelerin yeri önemini korumakla beraber ailelerinde katıldığı grup çalışmaları ve psikoeğitim programları bu tür bireysel tedavilerin etkisini tamamlayan hatta güçlendiren bir özelliğe sahip gibi görünmektedir^{48,49}.

Bu çalışmanın en önemli avantajlarından biri meme kanseri tanısı almış hastalar psikososyal ve cinsel sağlık yönünden kanserin doğrudan etkilerinin, ilaçların ve cerrahi müdahalelerin etkilerinin kısmen azaldığı bir dönemde değerlendirmiş olmasıdır. Dolayısıyla bu dönem eş ve sosyal çevrenin desteğinin

daha ön planda olduğu ve bu nedenle de bu desteğin etkilerinin daha doğru ölçümünün mümkün olduğu bir dönemdir. İkincisi, meme kanseri hastalarında destek kavramını hem partner ilişkisinde hem de sosyal çevre kapsamında ayrı ayrı ele almış olmasıdır. Bu sayede desteğin niteliğinin ve kaynağının psikososyal ve cinsel sağlık üzerinde etkisinin değişip değişmediğine dair bir anlayış sunmasıdır. Nitekim sonuçlarımız desteğin bu iki türünün de psikososyal ve cinsel sağlık üzerinde benzer yönde ve büyüklükte etki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında ise sağlıklılardan ya da başka bir kronik hastalığı olan hastalardan oluşan bir kontrol grubunun olmaması olabilir. Ancak meme kanseri tanısı almış hastalarda anksiyete, depresyon ve cinsel sağlık sorunları daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir ve bu çalışmanın ana odak noktası bu güçlüklerin eş ve sosyal destekle ilişkisidir. Diğer bir kısıtlılık ise örneklem büyüklüğüdür. Daha geniş örneklemelerde yapılacak çalışmalarla bu sonuçların genellenebilirliğinin doğrulanmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Sosyal destek ve psikoeğitim çalışmaları içerisinde tıbbi ve psikiyatrik acil ve kriz durumlarının yönetimi, hastalık ve tedavilere bağlı yan etkilerin yönetimi, aktivite planlama, yaşam koşullarının hastalığın tıbbi özelliklerine göre yeniden yapılandırılması, destek ve paylaşım odaklı kendi kendine yardım organizasyonlarının yaygınlaştırılması ve desteklenmesi, ekonomik güçlüklerin giderilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması, sağlık personelinin psikiyatrik hastalıklar ve cinsel sağlık konusunda eğitimi ve farkındalığının artırılmasına yönelik çalışmalar, evde bakım hizmetleri ve pozitif ayrımcılık gibi aile ve topluma yönelik psikososyal sağlık uygulamaları ve politikaları sayılabilir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yapılması, meme kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların ve ilişkili olabilecek etmenlerin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Etik Kurul Onay Bilgisi:

Onaylayan Kurul: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik Kurulu
Onay Tarihi: 03 Ekim 2017
Karar No: 2017-14/59

Araştırmacı Katkı Beyanı:

Fikir ve tasarım: K.D., A.S.; Veri toplama ve işleme: K.D.; Analiz ve verilerin yorumlanması: K.D., A.S.; Makalenin önemli bölümlerinin yazılması: K.D., A.S.

Destek ve Teşekkür Beyanı:

Bu makalede yer alan çalışmalar için herhangi bir finansal destek sağlanmamıştır. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Sibel Kahraman Çetintaş'a verdiği destek için teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması Beyanı:

Makale yazarlarının çıkar çatışması beyanı yoktur.

Kaynaklar

1. Benson JR, Jatoi I. The global breast cancer burden. *Future oncology*. 2012;8(6):697-702.
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2015;65(2):87-108.
3. Jean CY, Syrjala KL. Anxiety and depression in cancer survivors. *Medical Clinics*. 2017;101(6):1099-113.
4. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14(2):145-52.
5. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, et al. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2018;19(6):1661.
6. Kübler-Ross E. *OLUM VE ÖLMEK ÜZERİNE*. 2010.
7. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi İstanbul: Roche Yayınları*. 1993.
8. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2012;21(3):189-219.
9. Paterson C, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer nursing*. 2016;39(1):E39.
10. Archangelo SdCV, Sabino M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*. 2019;74.
11. Hocaoglu Ç, Kandemir G, Civil F. Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007;3(3):163-6.
12. Boing L, Pereira GS, Araújo CdCRd, et al. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Revista de saúde pública*. 2019;53.
13. Słowik AJ, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk AM, Jach R. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatr Pol*. 2017;51(5):871-88.
14. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2004;13(5):295-308.
15. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *The journal of sexual medicine*. 2008;5(8):1898-906.
16. Maly RC, Umezawa Y, Leake B, Silliman RA. Mental health outcomes in older women with breast cancer: impact of perceived family support and adjustment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2005;14(7):535-45.
17. Su J-A, Yeh D-C, Chang C-C, et al. Depression and family support in breast cancer patients. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2017;13:2389.
18. Yoo GJ, Levine EG, Aviv C, Ewing C, Au A. Older women, breast cancer, and social support. *Supportive care in cancer*. 2010;18(12):1521-30.
19. Oztunc G, Yesil P, Paydas S, Erdogan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(1):571-8.
20. Talley A, Molix L, Schlegel RJ, Bettencourt A. The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis. *Psychology and Health*. 2010;25(4):433-49.

Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Semptomlar ve İlişkili Faktörler

21. Moreira H, Canavarro MC. Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of patients with breast cancer: a comparison study with partners of healthy women. *Journal of psychosocial oncology*. 2013;31(3):282-304.
22. Kinsinger SW, Laurenceau J-P, Carver CS, Antoni MH. Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychology & health*. 2011;26(12):1571-88.
23. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The breast journal*. 2005;11(6):440-7.
24. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6(22):118-22.
25. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmeh H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163.
26. Golombok S, Rust J. Diagnosis of sexual dysfunction: relationships between DSM-III (R) and the GRISS. *Sexual and marital therapy*. 1988;3(1):119-24.
27. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1993;4(2):83-8.
28. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı, Uzmanlık Tezi, H, Ü. Tıp Fakültesi, Ankara. 1986.
29. Eker D, Arkar H, YALDIZ H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):17-25.
30. Fişiloğlu H, Demir A. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*. 2000;16(3):214.
31. Hopwood P, Howell A, Maguire P. Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British journal of cancer*. 1991;64(2):349-52.
32. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(4):383-91.
33. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2005;104(12):2872-81.
34. Vin-Raviv N, Akinyemiju TF, Galea S, Bovbjerg DH. Depression and anxiety disorders among hospitalized women with breast cancer. *PloS one*. 2015;10(6):e0129169.
35. Bruno Q, Aymery C, Fabrice L, Hélène L. Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. *European Journal of Oncology Nursing* 2014;18(1):41-5.
36. Fang SY, Chang HT, Shu BC. The moderating effect of perceived partner empathy on body image and depression among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2015;24(12):1815-22.
37. Pistrang N, Barker C. The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*. 1995;40(6):789-97.
38. White JL. Long-term breast cancer survivors' perceptions of support from female partners: An exploratory study. Paper presented at: Oncology nursing forum 2012.
39. Makabe R. Social support and psychological and physical states among Japanese women with breast cancer before and after breast surgery. Number 4/July 2007. 2007;34(4):883-9.
40. Kroenke CH, Quesenberry C, Kwan ML, Sweeney C, Castillo A, Caan BJ. Social networks, social support, and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis in the Life After Breast Cancer Epidemiology (LACE) study. *Breast cancer research and treatment*. 2013;137(1):261-71.
41. Epplein M, Zheng Y, Zheng W, et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *Journal of Clinical Oncology*. 2011;29(4):406.
42. Hughes S, Jaremka LM, Alfano CM, et al. Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;42:38-44.
43. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2015;175:53-65.
44. Arving C, Sjode P-O, Bergh J, et al. Individual psychosocial support for breast cancer patients: a randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care. *Cancer nursing*. 2007;30(3):E10-E9.
45. Yoo W, Shah DV, Shaw BR, et al. The role of the family environment and computer-mediated social support on breast cancer patients' coping strategies. *Journal of Health Communication*. 2014;19(9):981-98.
46. Pinquart M, Duberstein P. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine*. 2010;40(11):1797-810.
47. Brown KW, Levy AR, Rosberger Z, Edgar L. Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic medicine*. 2003;65(4):636-43.
48. Park J-H, Bae SH, Jung YS, Kim KS. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer Nursing*. 2012;35(1):E34-E41.
49. Ferreira DB, Koifman R, Bergmann A. P2-78 quality of life in Brazilian women with breast cancer: association with the social environment. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2011;65(Suppl 1):A241-A.

